

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

40

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 13 décembre 1893, à 1 heure.

Par L.-F. ALBERT MARTIN

Né à Azy-Bonneil (Aisne), le 10 octobre 1866

Interne des hôpitaux de Paris, du service chirurgical de gynécologie

de l'hôpital Broca (ex-Lourcine-Pascal) et de la Maternité de Beaujon

Ancien interne lauréat (méd. or) des hôpitaux de Rouen (prix Pillore, 1890)

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

DE

L'ABLATION DES ANNEXES UTÉRINES

PAR LA LAPAROTOMIE

POUR TUBO-OVARITES

Président : M. TERRIER, professeur.

Juges : MM. TILLAUX, professeur,

JALAGUIER, } *agrégés.*
LEJARS, }

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1893

Année 1893

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 13 décembre 1893, à 1 heure.

Par L.-F. ALBERT MARTIN

Né à Azy-Bonneil (Aisne), le 10 octobre 1866

Interne des hôpitaux de Paris, du service chirurgical de gynécologie

de l'hôpital Broca (ex-Lourcine-Pascal) et de la Maternité de Beaujon

Ancien interne lauréat (méd. or) des hôpitaux de Rouen (prix Pillore, 1890)

Médaille de bronze de l'Assistance publique.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS

DE

L'ABLATION DES ANNEXES UTÉRINES

PAR LA LAPAROTOMIE

POUR TUBO-OVARITES

Président : M. TERRIER, professeur.

Juges : MM. TILLAUX, professeur,

JALAGUIER,

LEJARS,

agregés.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1893

40

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M. BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	Ch. RICHET.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....	CORNIL.
Histologie.....	MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....	TERRIER.
Pharmacologie.....	POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....	N...
Hygiène.....	PROUST.
Médecine légale.....	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LABOULBÈNE.
Pathologie comparée et expérimentale.....	STRAUS.
	{ SEE (G.).
Clinique médicale.....	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques.....	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses.....	N...
	{ DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{ LE DENTU.
	{ TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements.....	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires : MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARRAN.	DELBET.	MARFAN.	RETERER.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MARIE.	RICARD.
BALLET.	GAUCHER.	MAYGRIER.	ROGER.
BAR.	GILBERT.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BRISSAUD.	GLEY.	NÉLATON.	SEBILEAU.
BRUN.	HEIM.	NETTER.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	POIRIER, Chef des tra-	VARNIER.
CHARRIN.	LEJARS.	vaux anatomiques.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUÉNU.	WEISS.
DEJERINE.			

Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON CHER MAITRE

LE DOCTEUR S. POZZI

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL BROCA (EX-LOURCINE-PASCAL)

AVANT-PROPOS

Nous ne saurions mieux faire que de dédier à notre excellent maître le Dr Pozzi, ce travail qu'il nous a conseillé d'entreprendre, et que nous aurions voulu parfait pour qu'il fut digne de son instigateur. Quel qu'il soit, nous le prions de le considérer comme un faible hommage de notre grande affection et de notre profond respect. Nous n'oublierons jamais non seulement les deux excellentes et trop courtes années d'internat passées dans son service, mais encore les longues causeries amicales qui, pendant cette dernière année, ont été pour nous autant de leçons à la fois charmantes et instructives.

Nous voulons également remercier de tout cœur notre cher maître, le Dr Ribemont-Dessaignes, professeur agrégé et accoucheur de la maternité de Beaujon. Par le bienveillant intérêt qu'il nous a porté, il a acquis les droits les plus légitimes à toute notre reconnaissance. Nous regrettons vivement que les circonstances ne nous permettent pas de rester plus longtemps son interne dans un service où nous avons déjà eu le plaisir d'être son externe.

Que M. le Dr Roques, notre maître de l'hôpital Tenon ainsi que M. le Dr Picqué, chirurgien des hôpitaux, veuillent bien agréer également nos sentiments reconnaissants et dévoués.

Il serait ingrat de notre part de ne pas rendre hommage ici à nos bons maîtres de l'Ecole de médecine de Rouen.

Nous gardons un pieux souvenir du regretté D^r Duménil qui a été notre premier maître. Nous avons été heureux de suivre, au début de nos études, les excellentes leçons de MM. Olivier, Delabost, Thierry et Brunon, et nous leur en exprimons la plus vive reconnaissance. Ce sont des maîtres dont les conseils nous seront toujours précieux.

Nous devons aussi remercier chaleureusement notre excellent ami, le D^r Charles Nicolle, ancien interne des hôpitaux de Paris, Professeur-suppléant à l'Ecole de Rouen. Il nous a très heureusement guidé dans la préparation de nos concours. Enfin, grâce à lui et à notre cher Raymond Diriart, interne des hôpitaux de Paris, nous avons pu venir à bout des longues recherches qu'a nécessitées ce travail. Pour ces deux amis nous avons à joindre des sentiments de reconnaissance à nos sentiments affectueux.

M. le professeur Terrier a bien voulu accepter la présidence de notre thèse ; nous le remercions d'autant plus de l'honneur qu'il nous fait que nous savons combien il s'intéresse tout particulièrement au sujet que nous y traitons et combien sa haute compétence est notoire sur une question aussi importante.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS
DE
L'ABLATION DES ANNEXES UTÉRINES
PAR LA LAPAROTOMIE
POUR TUBO-OVARITES

INTRODUCTION

En choisissant pour sujet de notre thèse cette importante question : « *Résultats éloignés de l'ablation des annexes par la laparotomie* », nous avons eu pour but avant tout d'apporter quelques documents nouveaux au pronostic thérapeutique de cette opération.

Pendant les deux excellentes années que nous avons passées comme interne dans le service de notre cher maître le Dr Pozzi, nous avons assisté à près de 200 laparotomies, faites pour lésions inflammatoires des trompes ; 132 ont été faites à l'hôpital par lui, 24 par son suppléant M. le Dr Picqué. Les résultats immédiats ont été presque toujours excellents, puisque pour 156 opérations nous avons eu 151 guérisons et seulement cinq morts. Il ne s'agissait pourtant pas toujours de lésions bénignes, et on ne pourra pas nous objecter qu'il a été enlevé bien des ovaires qu'on

eut pu conserver, ou dont l'ablation, étant données leurs petites lésions, était peu dangereuse. En effet, dans 65 cas de lésions suppurées, il n'y a eu que 5 morts. Ce sont les seuls insuccès dont nous ayons été témoin ; dans tous les autres cas, au nombre de 91, la guérison a été complète et rapide.

Le pourcentage est par conséquent de 3,20 morts pour la totalité des laparotomies dans tous les cas de lésions des annexes ; il est de 7,69 pour les laparotomies faites dans les cas de lésions suppurées.

Cette statistique est suffisamment éloquente pour n'avoir pas besoin d'être longuement commentée. Nous ne l'avons établie qu'après la lecture attentive de toutes les observations cliniques et anatomo-pathologiques des malades opérées en 1891 et 1892, et nous publierons prochainement celles-ci in-extenso ou résumées dans « les leçons cliniques de gynécologie » de notre excellent maître M. Pozzi.

Aucune des communications faites au dernier congrès de chirurgie n'a fait connaître de résultats supérieurs à ceux que nous signalons. Les partisans les plus ardents de l'hystérectomie vaginale n'ont pas de statistique qui nous ait paru meilleure : la plus belle, signalée par MM. Terrier et Hartmann dans les « Annales de gynécologie » du mois de mai 1893, appartient à M. Segond. Elle a été communiquée au dernier congrès international de gynécologie à Bruxelles ; elle compte « 11 morts pour 102 cas, dont 55 seulement étaient suppurés ».

Il nous semble donc que nous possédons là des argu-

ments suffisants pour affirmer d'abord qu'au point de vue des résultats immédiats la laparotomie d'une façon générale vaut au moins l'hystérectomie. C'est déjà une raison à notre avis pour ne pas la rejeter de parti pris, même quand il s'agit de lésions bilatérales des annexes utérines.

Par les documents que nous apportons dans cette thèse, nous voulons montrer ce qu'il faut penser des résultats éloignés. Cela constitue en effet le second point très important de la question, puisqu'on a prétendu à ce sujet que les laparatomisées incomplètement guéries continuaient à souffrir ou présentaient divers troubles inconnus des hystérectomisées. Hâtons-nous de dire dès maintenant que, dépourvu de parti pris, nous n'avancons pas que la laparotomie soit la seule opération applicable à tous les cas. Nous reviendrons sur ce point plus tard.

A en juger par ce que nous venons de dire, on pourrait penser que nous tenons seulement à faire un véritable parallèle entre la laparotomie et l'hystérectomie considérées comme moyens de traitement des mêmes lésions, ce n'est pourtant pas là toute notre intention ; nous voulons aussi signaler les divers troubles ou malaises qu'amène chez la femme l'ablation de ses annexes. Il est vrai qu'on les a déjà indiqués sommairement, mais, croyons-nous, d'une façon imparfaite. Tantôt, en effet, on les a considérés comme négligeables, tantôt on les a exagérés. Il importe de voir à propos d'un grand nombre de cas ce qu'il faut en penser exactement.

Nous n'avons pas jugé à propos de faire au début de ce mémoire l'historique d'une question aussi actuelle que celle qui nous occupe et qui, d'ailleurs, est tout en entier compris soit dans nos discussions, soit dans l'Index bibliographique reproduit à la fin de cette thèse.

PREMIÈRE PARTIE

ÉTAT DES MALADES AVANT L'OPÉRATION.

(Symptômes qui justifient l'intervention)

Ce serait s'écarter du sujet que nous voulons étudier si nous faisons toute la symptomalogie des lésions inflammatoires des annexes ; ce sont d'ailleurs questions trop bien présentées dans les ouvrages classiques pour que nous nous permettions d'y insister longuement. Mais nous voulons pourtant passer rapidement en revue les principaux phénomènes cliniques qu'on observe et qui obligent la patiente à demander une guérison radicale. Il faut, en effet, que nous connaissions bien l'état de la malade avant l'opération, pour le juger comparativement avec ce qu'il devient après.

Nous choisirons des exemples pris parmi les malades que nous avons vu opérer, et nous les grouperons suivant la nature des lésions observées. Nous commencerons notre exposé par l'étude des cas les moins graves qui sont aussi les moins nombreux.

1° Ovarite chronique sans lésions des trompes. — Presque toutes les femmes qui en sont atteintes se plaignent

avant tout de *douleurs* abdominales, siégeant de chaque côté du ventre, *dans la région ovarienne*, avec prédominance d'un côté ou de l'autre et *recrudescence au moment des règles*.

Telles étaient les malades qui ont fait l'objet des observations nos 1, 2, 3, 6, etc.

Souvent ce sont ces douleurs qui constituent le phénomène capital : elles sont alors très vives et peuvent s'irradier dans la région lombaire ou dans les cuisses, elles obligent la malade à un repos absolu pendant la période menstruelle, l'empêchent de vaquer à ses occupations et deviennent pour elle un perpétuel tourment. (Voir observations 6 et 7).

D'ailleurs, même en dehors des règles, elles peuvent se montrer plus ou moins accentuées à la suite de fatigues ou de maladie générale.

Dans certains cas, ces douleurs ont un retentissement encore plus marqué sur l'état général, provoquent ou causent des troubles nerveux plus ou moins graves qui dominent alors toute la scène et masquent presque les phénomènes locaux. C'est à ce propos que nous renvoyons à l'observation n° 6.

Nous verrons dans les résumés des différents examens microscopiques et histologiques que nous avons joints aux observations ci-après citées, que ces douleurs ne correspondent pas le plus souvent à des lésions bien étendues. Mais celles-ci existent pourtant et suffisent à expliquer la douleur. Nous tenons à le faire remarquer de crainte qu'on aille confondre les interventions, justifiées par ces lésions ovariennes constatées de visu, avec des opérations faites

pour ce qu'on a décrit dernièrement sous le nom de « grande névralgie pelvienne ».

Avant d'aller plus loin, qu'on nous permette de dire que pour ces lésions souvent mal diagnostiquées par l'examen, la laparotomie est avant d'être un moyen de guérison un moyen de contrôle et le plus sûr garant contre l'ablation d'ovaires sains. Nous n'en voulons pour preuve entre tous que l'exemple suivant (1).

Une femme de 51 ans entre à l'hôpital le 25 avril 1891, elle souffre depuis six mois de douleurs vives dans la région de l'ovaire droit avec irradiations lombaires, d'abord intermittentes et s'exaspérant par la fatigue, puis continues. On l'examine et on constate *sous chloroforme* que « les deux culs-de-sac latéraux paraissent remplis par une double tumeur, ayant à droite le volume d'une grosse orange, à gauche celui d'un œuf, toutes deux d'une consistance cedémateuse plutôt que nettement fluctuante. » On porte le diagnostic de salpingite ou d'ovarite kystique *double* (probablement hydrosalpinx), et naturellement on décide qu'il faut intervenir. Si l'on avait fait une hystérectomie vaginale, sous le prétexte qu'il s'agissait de *lésions bilatérales*, on sacrifiait d'emblée utérus et annexes. M. Pozzi se décide, au contraire, à une intervention par la voie abdominale ; il constate alors que « le cul-de-sac de Douglas est rempli par le rectum et l'S iliaque, au point qu'il est difficile d'y introduire la main. L'intestin est surchargé de graisse, ce qui lui donne une consistance pâteuse qui explique la sensation perçue par le toucher, rappelant la

(1) Observation publiée par MM. Pozzi et Baudron dans la *Revue de chirurgie*, août 1891, (obs. I).

fausse fluctuation du lipôme. L'appendice iléo-cœcal descend jusque sur l'utérus ; il est coiffé d'une atmosphère graisseuse qui le surmonte à la manière de la capsule surrénale, et qui lui donne le volume de l'index.

Les *ovaires* et les trompes sont examinés successivement et reconnus *absolument sains*. Le ventre est alors refermé et la malade guérit sans réaction. »

Donc, bien que la douleur soit un des signes importants des lésions ovariennes, il importe de ne pas s'en rapporter exclusivement à elle seule avant d'entreprendre une opération radicale. L'observation précédente dans laquelle à ce symptôme rationnel s'ajoutaient des signes physiques apparemment indubitables en est la meilleure preuve. Ne nous est-il pas permis d'affirmer que dans cette circonstance, un partisan de l'hystérectomie n'eut pas hésité à enlever l'utérus ?

Par cette digression nous avons voulu montrer à quoi s'exposent les chirurgiens qui, prenant pour guide la douleur seule, et alors même qu'il n'y a pas de signes physiques appréciables au toucher, font la castration utérine pour névralgies plus ou moins tenaces. Si on nous objecte que par là ils débarrassent tout au moins leurs malades des douleurs qu'elles endurent, nous répondrons par les observations citées plus loin qu'on peut obtenir d'aussi bons résultats par l'ablation abdominale faite en toute connaissance de cause.

Comme nous l'avons dit plus haut, c'est presque toujours la douleur qui constitue le symptôme le plus marqué des

ovarites chroniques et en particulier des ovarites scléro-kystiques.

Nous ne voulons pas dans cette courte revue distinguer les différentes variétés d'inflammations chroniques des ovaires et rappeler que dans tel cas les douleurs prédominent tandis que dans tel autre ce sont les hémorrhagies. Il est d'ailleurs difficile d'établir une règle générale et il vaut mieux, ce nous semble, énumérer simplement les divers symptômes observés dans ce qu'on désigne sous le nom générique d'ovarite chronique.

Les hémorrhagies ne sont pas le moindre de ces symptômes. Voyons en effet, l'observation n° 4. Il s'agit bien dans ce cas de lésions ovariennes, car on les a constatées d'abord au cours de la laparotomie, tandis qu'on voyait les trompes saines ainsi que l'utérus. Un examen histologique sévère pratiqué par M. Latteux a permis ensuite de les vérifier, enfin, tous les traitements (curettages, injections etc.) portés sur l'utérus n'ayant donné aucun résultat, avaient déjà montré suffisamment qu'il ne s'agissait pas d'hémorrhagies de cause réellement utérine. Coup sur coup et irrégulièrement, cette femme a eu des pertes excessivement abondantes : les unes survenaient au moment des règles ; c'étaient alors de véritables *ménorrhagies*, durant dix et même quinze jours ; d'autres apparaissaient en dehors des menstrues. — Il n'est pas rare de constater dans ces circonstances des périodes quelquefois fort longues d'aménorrhée complète. N'est-ce pas ce que nous avons observé encore chez la malade en question comme chez plusieurs autres (obs. 3, 4 etc.) ? — Au début même des

accidents qu'elle a présentés, n'a-t-elle pas vu ses règles totalement supprimées pendant deux ans ?

Nous ajouterons donc aux deux phénomènes : douleurs et hémorrhagies déjà signalés jusqu'ici, l'*aménorrhée* et l'*irrégularité des règles*. Ce ne sont peut-être pas les seuls signes rationnels qu'on puisse constater dans l'affection qui nous occupe, mais ce sont les plus constants ; ce sont eux, et principalement l'élément douleur et la dysménorrhée, qui ont tant de retentissement sur l'état général, et c'est l'altération plus ou moins grande de celui-ci qui doit guider le chirurgien, le faire opérer ou non. Nous avons toujours vu notre maître M. Pozzi en tenir le plus grand compte ; il nous a appris que c'était là, en somme, qu'existait l'indication véritable de toute intervention radicale sur les annexes, et toutes les opérations dont nous avons été témoin n'ont fait que confirmer pour nous cette manière de voir. Se baser seulement sur la douleur localisée comme « seul élément de diagnostic », c'est risquer de multiplier à l'excès les laparotomies exploratrices ; si l'on est hystérectomiste à outrance, c'est risquer, ce qui est encore pis, de supprimer inutilement les organes de fécondation. Nous avons vu précédemment que les signes physiques, malgré leur excessive valeur, n'étaient pas toujours infaillibles. Ils le sont d'autant moins qu'il s'agit de lésions petites, quoique fort douloureuses. Combien de fois, après deux ans passés dans un service, qui est certes fort actif, avons-nous hésité à affirmer une lésion ovarienne ? Combien de fois, notre cher maître M. Pozzi lui-même, malgré son incontestable compétence n'a-t-il pas voulu être plus affirmatif ?

Donc ce n'est pas seulement parce que nos malades atteintes d'ovarite chronique souffraient plus ou moins de leurs annexes, qu'il a fallu les opérer, c'est parce que leurs douleurs devenues intolérables retentissaient par trop sur leur état général, c'est parce que leurs malaises continuels ou fort fréquents les empêchaient de se livrer à aucun travail et de gagner leur vie (voir principalement les observations 4, 6, 7...). — Telle femme du monde, qui peut rester chaque jour étendue pendant plusieurs heures sur sa chaise longue et qui chaque année pourra faire une cure d'eaux, ne peut-être comparée à l'ouvrière astreinte pour vivre à un travail quotidien souvent fort pénible. Nous verrons plus loin dans l'exposé des résultats que nous avons observés, si réellement, à ce dernier point de vue, l'intervention a été utile.

2° Oophoro-salpingites suppurées et parenchymateuses.

— **Périméthro-salpingite.** — A dessein nous nous sommes étendu un peu longuement sur la symptomatologie des ovarites chroniques parce qu'elle est en partie commune avec celle des salpingites. Nous n'aurons pas ainsi à revenir sur l'aménorrhée, la dysménorrhée et la ménorrhagie, qu'on peut également observer dans la suppuration des trompes. La douleur revêt quelquefois la forme de *coliques* dites *salpingiennes*, revenant par accès, qui sont parfois terminés par l'expulsion de muco-pus en dehors de l'utérus. Nous n'avons pas dans nos notes d'observation bien probante à cet égard. Par contre, nous pourrions fournir de nombreuses observations sur l'étiologie presque constante du pyosalpinx dont la cause est presque toujours

la blennorrhagie ou la fausse-couche. C'est là une constatation tellement banale que nous ne voulons pas y insister ; nous remarquerons seulement que fort souvent la notion de l'existence plus ou moins lointaine d'une blennorrhagie ou d'une fausse-couche nous a permis d'affirmer non seulement le diagnostic de lésions suppurées, mais encore la bilatéralité des lésions. Il n'est plus, en effet, à démontrer que presque toujours le pyosalpinx est double, et ce n'est pas le moindre argument des hystérectomistes en faveur de leur procédé opératoire.

Ceux-ci ont raison, quand les signes physiques sont tellement manifestes qu'ils ne laissent subsister aucun doute et quand le pelvis tout entier est cloisonné d'adhérences inextricables, dangereuses à rompre du côté de l'abdomen. Mais, ces deux conditions sont-elles souvent remplies ? — Nous jugerons de la rareté de la seconde par la suite de ce travail, nous pouvons donner tout de suite des exemples sur la difficulté qu'il y a de constater la première et les risques qu'on court si on la méconnaît. Pour cela, rappelons les quelques cas de pyosalpinx unilatéraux opérés par la laparotomie. Voyons les observations 37 et 35. — Chez la première de ces femmes, examinée par plusieurs assistants, il y a infection blennorrhagique manifeste ; au toucher, on sent dans le cul-de-sac gauche une tumeur grosse comme un œuf et élastique ; dans le cul-de-sac droit la trompe semble épaissie et indurée. Donc, « lésions bilatérales, fort probablement suppurées, d'où hystérectomie » disaient les uns ; « lésions probablement bilatérales et suppurées mais avec contrôle nécessaire avant l'ablation radicale » disaient les autres. Notre cher maître M. Pozzi

était de ces derniers. N'a-t-il pas eu raison ? — qu'on constate les résultats immédiats et éloignés. — Chez la seconde malade, les suites ont encore mieux montré la valeur de la laparotomie. M. Pozzi, bien que l'examen physique indiquât des lésions doubles, n'a fait l'ablation des annexes que d'un côté ; de l'autre, il a détruit des adhérences et ramené le pavillon de la trompe sur l'ovaire par une salpingorrhaphie. Nous avons revu cette femme dernièrement ; elle a fait une fausse couche depuis son opération, ce qui prouve la possibilité pour elle de devenir enceinte.

Deux autres cas qui appartiennent à notre excellent maître M. Picqué ne sont pas moins typiques, sans compter tous ceux qui ont été signalés en dehors de nos observations. De ces deux opérées par la laparotomie pour lésions unilatérales, l'une, devenue enceinte peu après, est accouchée à la maternité Baudelocque de deux jumeaux ; l'autre est accouchée l'année suivante d'un enfant bien vivant à la maternité de Beaujon.

On voit donc une fois de plus par ces exemples quels sont les dangers de l'hystérectomie pour ses partisans trop fervents.

L'interrogatoire ne révèle pas seulement l'étiologie du mal déjà si utile à connaître, il permet aussi d'en préciser l'évolution. Quand on apprend par des malades comme celles qui font l'objet des observations n° 8, 11, 17, 24, etc., qu'elles ont eu à plusieurs reprises des poussées aiguës inflammatoires dans le petit bassin, avec nausées, vomissements, fièvre, frisson, etc., n'est-on pas en droit de supposer tout de suite l'existence du pus et son retentissement sur le péritoine qui l'entoure ? Il semble que ces

symptômes aient presque autant de valeur que ceux de l'examen physique. Pourtant, dans la variété de lésions qui nous intéresse actuellement, le toucher méthodique a une telle importance qu'on devra le pratiquer avec le plus grand soin. C'est grâce à ce principe de toujours examiner les femmes à plusieurs reprises, d'abord à leur entrée, puis après qu'elles sont restées au repos et en observation pendant quelques jours, enfin sous chloroforme, au moment même de les opérer, que nous avons pu apprécier combien il est important de ne jamais agir trop précipitamment. Nous avons vu plusieurs fois notre maître M. Pozzi rectifier sur la table même d'opération le diagnostic de ses internes, quelquefois le sien, et faire reporter la malade déjà endormie dans son lit, sans vouloir l'opérer.

Le toucher vaginal est, en effet des plus délicats, et c'est pourquoi il faut rester si circonspect dans son diagnostic, de crainte de ne l'être pas assez dans son intervention. Selon nous, et d'après ce que nous avons vu, il ne suffit pas de constater nettement, par des signes sur lesquels nous n'avons pas à insister, la bilatéralité des lésions, il faut encore se rendre compte de leurs adhérences.

Les trompes et ovaires forment-ils une seule masse qu'on pourra énucléer avec ou sans violences? La tumeur, au contraire, est-elle fusionnée avec les organes voisins? Ce sont là des rapports et des caractères fort utiles à connaître pour le choix du procédé opératoire.

Quand on se trouve en présence d'une tumeur salpingienne remplie de pus, bombant vers le vagin au niveau d'un des culs-de-sac, très adhérente à l'utérus d'une part, aux parois pelviennes de l'autre, il paraît évidemment plus

rationnel d'essayer l'hystérectomie. Il ne faut pourtant pas faire pour tous ces cas, une règle absolue ; sait-on, en effet, si des adhérences intestinales dont il est difficile de préciser le siège et l'étendue, n'exposeront pas l'intestin à être pincé ou coupé ? Ou bien, par crainte de léser cet organe, ne laissera-t-on pas des débris de produits inflammatoires qui seront comme des points d'appel pour de futures poussées aiguës ? Et n'y-a-t-il pas lieu de chercher plutôt à tout enlever par la fenêtre abdominale ?

Nous n'osons sur une question aussi capitale et qui a passionné nos maîtres les plus distingués des hôpitaux, émettre une humble opinion d'élève.

Pourtant, nous demandons la permission de citer les observations n° 8, 9, 13, 14, 17 etc.... ; il y est question de laparotomies, où grâce à une heureuse hardiesse, tout le foyer d'inflammation a été abrasé complètement. En prenant le fond de l'utérus comme point de repère, en le débordant à droite et à gauche pour insinuer la main dans ce qu'il appelle le plan de clivage, en s'aidant des ongles pour décortiquer littéralement les tumeurs et rompre, dans le ventre même et sans les voir, des adhérences très tenaces à l'utérus et au bassin, M. Pozzi arrive presque toujours à extraire en dehors de la plaie la tumeur toute entière. Quand elle est unie intimement à une anse intestinale, celle-ci est attirée au dehors en même temps que toute la masse, et disséquée sous l'œil et sur des compresses, à coups de ciseaux et de thermo-cautère. Les observations n° 8, 11, 14, etc...., sont des exemples de ce *modus faciendi*. Nous pouvons voir que la guérison n'en a pas été moins rapide, et nous

verrons plus loin au chapitre des résultats éloignés qu'elle s'est fort bien maintenue.

Il est vrai que pour être aussi hardi que paraît l'avoir été notre cher Maître dans ces délicates opérations, il faut être aussi bon chirurgien, ou tout au moins aussi bon laparotomiste. Cela n'est pas donné à tout le monde, mais, d'autre part, est-il donné à tous de faire, dans le cas où les adhérences sont multiples et l'utérus immobilisable, une hystérectomie complète et efficace ? Si l'opération est plus bénigne, le résultat est-il meilleur ? C'est aux statistiques de le démontrer.

Dans un exposé rapide, « nature et particularités de l'opération », nous avons tenu à indiquer, suffisamment quoique brièvement, tous les incidents et les difficultés qu'avait présentés l'opération ; il était capital en effet, de bien montrer qu'il ne s'agissait pas d'interventions faciles. Il nous semble alors qu'au sujet de ces malades, il est particulièrement intéressant de connaître les résultats tardifs. Ce sont ceux-là qui ont le plus de valeur à nos yeux, et nous pensons que nos juges leur accorderont aussi le plus d'importance.

La critique pourra nous objecter que nous aurions peut-être constaté d'aussi beaux succès par l'hystérectomie ; nous ne le nions pas, et nous avouons même que pour plusieurs de ces cas, surtout pour ceux où il s'agissait de lésions mal limitées, diffuses, étendues à tout le petit bassin, il y avait moins de risques immédiats à courir avec l'hystérectomie. Mais n'y a-t-il pas d'autres observations n° 44, 23, 8, etc., où la laparotomie semble avoir été la meilleure curatrice ?

Encore une fois, nous ne cherchons pas la condamnation d'un procédé où d'un autre ; au contraire, nous souhaitons qu'il y ait place dans le domaine chirurgical pour ces deux modes d'intervention pour lésions des annexes : hystérectomie et laparotomie ; mais c'est parce que depuis quelque temps, des chirurgiens ont tendance à rejeter complètement l'un des deux pour n'appliquer que l'autre, que nous apportons des arguments contre cet exclusivisme.

DEUXIÈME PARTIE

SYMPTOMES OBSERVÉS CHEZ LES ANCIENNES OPÉRÉES.

Pour plus de facilité dans cette étude, nous divisons cette deuxième partie en deux chapitres ; il y sera question, dans le premier, des symptômes antérieurs à l'opération qui ont persisté ou disparu ; dans le second, de ceux qui sont survenus du fait même de la castration ovarienne. Il nous semble qu'il sera ainsi plus aisé d'établir des comparaisons, et conséquemment de juger.

CHAPITRE PREMIER

SYMPTOMES ANTÉRIEURS A LA LAPAROTOMIE QUI ONT PERSISTÉ OU DISPARU.

C'est presque toujours à cause des douleurs vives qu'elles accusent qu'on se décide à opérer les malades ; voyons donc tout d'abord ce qu'est devenu chez les anciennes opérées cet élément « douleur », et commençons par celles atteintes d'ovarite chronique.

1° *Douleur chez les laparotomisées pour ovarite chronique.* — Dans notre observation n° 1, il s'agit d'une fem-

me de 26 ans, atteinte d'ovarite hypertrophique à droite, et atrophique à gauche. Depuis deux ans et demi, elle souffrait de vives douleurs siégeant dans le bas ventre, plus intenses du côté droit, irradiées jusque dans la cuisse de ce côté et dans les reins. M. Pozzi lui fait l'ablation bilatérale des annexes, le 4 mars 1891. Plus de deux ans plus tard (exactement 27 mois et demi), le 20 juin 1893, cette femme que nous avons revue et interrogée nous-même, nous affirme qu'elle « ne souffre nullement » de son ventre. Toutes ses anciennes douleurs ont disparu.

L'observation n° 2 (1) n'a pas moins de valeur que la précédente. Chez la femme qui en est le sujet on n'a enlevé que les annexes gauches, parce que l'ovaire droit était peu altéré, tandis que le gauche était très malade, ressemblant à une grosse figue trilobée, bourré de petits kystes du volume de petits pois, et contenant un kyste du corps jaune, gros comme une aveline. Cette femme souffrait de douleurs vives, presque continuelles, spontanées et provoquées par la pression et le toucher. C'est parce que M. Pozzi était très désireux de ne pas enlever à cette jeune femme sa fécondité, qu'il lui a conservé à droite un ovaire quelque peu altéré, après avoir pris soin seulement d'en rompre les adhérences et de crever au bistouri deux petits kystes qui faisaient saillie à sa surface. La suite a démontré qu'il eut peut-être mieux fait d'enlever complètement l'ovaire droit, ou tout au moins d'y pratiquer quelque opération partielle (résection ou ignipuncture), comme il n'a pas tardé à le faire bientôt avec bonheur pour quel-

(1) Observation publiée dans la « *Revue de chirurgie* » d'août 1891. (Observ. III). Communication de MM. Pozzi et Baudron.

ques autres malades, et comme il n'en avait pas encore eu l'idée (1). Nous avons revu, en effet, cette femme, le 20 juin 1893, plus de deux ans après son opération. Elle n'éprouve plus aucune douleur du côté gauche, qui autrefois était si douloureux ; à droite, au contraire, elle se plaint de douleurs très vives presque continuelles, redoublant au moment des règles. Elle souffre tellement, affirme-t-elle, que les rapports conjugaux sont impossibles, et qu'elle est dans l'impossibilité de travailler. Il est donc certain que la lésion commençante sur l'ovaire droit a continué à évoluer ; on sent d'ailleurs cet organe triplé de volume, adhérent et fort douloureux à la pression.

Cette observation nous paraît une double preuve à la fois positive et négative en faveur de l'intervention par la laparotomie. Il n'y a pas à douter, en effet, de son résultat efficace pour les douleurs du côté gauche chez cette malheureuse femme ; il n'y a pas lieu d'autre part de critiquer la conduite de M. Pozzi, qui a été tout à fait légitime, en lui faisant laisser en place l'ovaire droit. Nous pensons encore et malgré tout qu'il valait mieux pour ces petites lésions faire courir à cette femme les risques d'une seconde laparotomie plutôt que de la condamner à 30 ans à une stérilité irrémédiable. Cette seconde opération sera prochainement faite par notre cher maître, à qui nous avons représenté cette femme.

La malade qui nous a fourni l'observation n° 3 est une

(1) Un de nos amis et collègues, ancien interne de M. Pozzi, a montré cette année même dans une thèse inspirée par notre maître commun les résultats qu'ont déjà donnés ces opérations partielles. (Voir thèse de Delaunay, 1893). *Opérations partielles sur l'ovaire.*

femme de 30 ans, atteinte de dégénérescence scléro-kystique des ovaires et souffrant depuis huit mois de douleurs plus accentuées à gauche et de dysménorrhée. Un curettage ne l'a nullement soulagée. C'est parce qu'il faut cependant remédier à ses douleurs, autant qu'à ses hémorrhagies répétées et lui permettre de pouvoir travailler, que M. Pozzi lui fait l'ablation bilatérale des annexes, après en avoir constaté l'état, *de visu*. Or, le 26 avril 1893, 22 mois après avoir été opérée, cette femme nous a écrit qu'elle ne souffrait plus du tout et que son « état de santé n'avait jamais été meilleur que depuis l'opération ». Nous relisons cette lettre avec plaisir, et nous pensons, bien que nous n'ayons pas encore réexaminé cette femme, qu'on ne peut guère douter de sa guérison, car on ne peut guère être plus affirmatif.

Nous avons déjà parlé plus haut à propos des hémorrhagies et de l'aménorrhée de l'observation n° 4 ; revenons-y au sujet de la douleur. Chez cette malade, comme chez la précédente, un curettage, même plusieurs fois répété, n'a donné aucun résultat. C'est une femme de 36 ans, qui souffrait depuis 3 ans, entre autres malaises, de douleurs vives localisées des deux côtés du ventre et particulièrement à gauche. La laparotomie permettant de vérifier le diagnostic nous a fait voir des ovaires, du volume d'un petit œuf de poule, œdémateux, blanc nacrés et semés à la surface de petits kystes gros comme un grain de millet. M. Pozzi les a enlevés tous les deux. — Nous constatons cette fois que la guérison n'a pas été aussi radicale que pour nos précédentes malades. Au mois d'octobre 1893, (22 mois après son opération) cette femme se plaint encore de ressentir souvent des douleurs très vives du côté droit. Elle reconnaît

toutefois qu'elles ne sont pas continues, n'existent que d'un seul côté, sont quelquefois un mois sans se faire sentir, puis reparaissent pendant le même laps de temps ; la malade les compare à des élancements ou à des sensations de brûlures et de cuissons. C'est toujours à droite qu'elle localise ses souffrances ; elle ne ressent absolument rien à gauche. A notre question : « Quelle différence trouvez-vous entre votre état antérieur à l'opération et votre état actuel », elle répond de la façon la plus catégorique qu'elle se trouve beaucoup mieux maintenant et qu'elle peut très bien supporter les quelques douleurs qu'elle éprouve encore. Nous pensons avoir le droit de conclure que si l'opération n'a pas été pour cette femme une guérison absolument radicale, elle a du moins été une amélioration considérable dont un médecin n'avait pas le droit de la priver ; nous pensons aussi que ses douleurs ayant plutôt tendance à diminuer qu'à s'accroître, nous ne devons pas désespérer d'une guérison définitive dans un laps de temps plus ou moins rapproché.

Notre observation 5 résume l'histoire d'une jeune femme de 26 ans, qui depuis six ans, époque à laquelle elle avait eu un premier accouchement, d'ailleurs normal, souffrait de douleurs dans le ventre. Ces douleurs, comme presque toujours, étaient plus vives à gauche et au moment des règles et, à la suite d'un second accouchement datant de 4 ans, avaient augmenté d'une façon très notable, avec irradiations aux lombes et aux deux côtés de l'abdomen. Ces souffrances locales se compliquaient chez elle des malaises généraux (gastralgie, inappétence, céphalalgie, etc.) dont l'ensemble a été si bien décrit par M. Pozzi sous le nom de

Syndrôme utérin. Après examen sous chloroforme, puis au cours de la laparotomie, on constata que l'ovaire gauche était scléro-kystique, tandis que le droit possédait un kyste du volume d'une orange ; des deux côtés existait du varicocèle tubo-ovarien qui n'était probablement pas étranger aux douleurs de la malade, surtout à gauche où ce varicocèle était plus développé qu'à droite. M. Pozzi fit l'ablation bilatérale des annexes.

Au mois d'octobre 1893, 20 mois après cette opération, nous revîmes la malade. Son interrogatoire nous apprit que durant les trois premiers mois qui avaient suivi sa sortie de l'hôpital, elle avait beaucoup souffert et n'avait pu travailler. Puis ces douleurs s'étaient peu à peu calmées, ne persistaient plus que très légères du côté gauche seulement, et survenant à la suite de fatigues, où pendant les règles qui n'ont pas cessé. Donc, chez cette femme, s'il y a encore quelques souffrances, du moins sont-elles courtes, au lieu d'être continues et paroxystiques comme avant l'opération ; elles sont aussi, dit la malade, malgré quelques irradiations anales, très « supportables ». L'examen attentif auquel nous avons soumis cette ancienne opérée nous porte à croire que ces légers phénomènes douloureux qui ont résisté à l'opération sont le fait de varices pelviennes persistantes et d'hémorroïdes ; on sait, en effet, qu'il y a une communication si large entre toutes les veines du petit bassin, que la dilatation des unes amène la dilatation des autres, qu'il y a en somme varicocèle pelvien, en même temps que varicocèle tubo-ovarien. Notre ami et collègue Roussan a montré dans sa thèse ces particularités intéressantes (1).

(1) ROUSSAN, *Varicocèle pelvien*. Thèse Paris, 1892.

La nommée L.... M...., âgée de 27 ans, mécanicienne, dont l'observation VI résume l'histoire pathologique, avait toujours eu ses règles irrégulières et particulièrement douloureuses. Elle était devenue incapable de travailler, parce que ses douleurs de ventre, augmentant et durant sans cesse, l'obligeaient à garder le lit pendant des semaines entières; à son entrée à l'hôpital, il lui était devenu impossible même de marcher. M. Pozzi, après avoir diagnostiqué une dégénérescence scléro-kystique des deux ovaires, fit la castration. Le 10 octobre 1893, plus de 18 mois après cette opération, nous revîmes la malade. Les douleurs « terribles » dont elle souffrait n'ont pas reparu; une simple sensation de cuisson du côté droit, dont elle souffrait plus que du gauche, [est tout ce qu'elle éprouve maintenant, quand elle s'est fatiguée. Au toucher, elle accuse un peu de sensibilité à la pression du cul-de-sac vaginal droit.

Nous n'avons besoin d'ajouter aucun commentaire à cet exposé succinct des faits, nous compléterons seulement et enrichirons notre statistique par un autre succès non moins appréciable, en parlant de nouveau d'une malade à laquelle nous avons déjà fait allusion, celle de l'observation, n° 7. Il s'agit d'une femme encore jeune, âgée de 37 ans, qui a été amenée à l'hôpital Pascal par le Dr Lemaigniez. Nous avons publié son observation *in extenso*, à cause du grand intérêt qu'elle présente; nous y renvoyons. Nous nous contenterons de dire que cette femme, revue par nous le 8 octobre 1893, 18 mois après l'ablation de ses annexes, nous a affirmé n'avoir plus du tout souffert depuis son opération, ne pas ressentir la moindre douleur

dans le ventre, et n'éprouver que de temps en temps quelques maux de reins.

Nous ne pouvons malheureusement pas publier pour l'instant un plus grand nombre d'observations se rapportant à des laparotomisées pour ovarite scléro-kystique. Mais les sept que nous venons de citer résument l'histoire de toutes les malades qui ont bien voulu répondre à nos convocations, comme celles-ci ont été adressées à toutes les anciennes opérées dont nous avons pu retrouver l'adresse, il faut avouer que le hasard eût joliment bien fait les choses, s'il ne nous avait fourni que des cas heureux. Bref, en attendant le résultat de nouvelles enquêtes que nous nous proposons de faire, dès qu'il se sera écoulé un temps suffisant depuis l'opération, nous livrons nos résultats déjà connus aux commentaires des gynécologistes.

2° Douleur chez les laparotomisées pour salpingites purulentes ou parenchymateuses et périméthro-salpingite. — Nous savons que c'est surtout à propos de ces dernières lésions que la question des « résultats éloignés » offre de l'intérêt. C'est sur ce point que la lutte est la plus vive entre laparotomistes et hystérectomistes, parce que ces derniers croient que là est le défaut de la cuirasse de leurs adversaires. Nous avons par bonheur un plus grand nombre de faits à exposer que tout à l'heure, et nous espérons qu'avec des documents plus complets, nous serons plus près d'une appréciation exacte. Voyons donc si beaucoup des anciennes malades opérées par la laparotomie de lésions salpingiennes susceptibles de l'hystérectomie ont continué à souffrir.

Dans l'observation n° 8, il s'agit d'une femme de 28 ans,

atteinte de périmétrosalpingite avec pyosalpinx gauche adhérent à l'S iliaque et salpingite atrophique droite ; de plus, les annexes adhèrent encore de chaque côté au pelvis. Ce sont de vieilles lésions qui la font souffrir depuis 2 ans, ont eu deux poussées aigües et l'obligent à garder le lit depuis 8 mois. Bien qu'elles eussent pu paraître à bien des observateurs exiger plutôt une hystérectomie, elles sont traitées par la laparotomie. M. Pozzi trouve une tumeur adhérente à l'S iliaque, doit la disséquer aux ciseaux et enlever complètement les masses inflammatoires des deux côtés après ligature puis section des pédicules le plus près possible de l'utérus ; il lave ensuite le péritoine et fait un drainage par une simple mèche de gaze iodoformée. Nous avons revu cette femme le 3 avril 1893, plus de deux ans, (25 mois) après l'opération, elle déclare n'avoir plus souffert depuis qu'elle a été opérée ; elle peut sans fatigue faire son métier très dur de blanchisseuse.

Pour la malade dont l'observation porte le n° 9, tous les signes physiques d'une double lésion des annexes avec fortes adhérences indiqueraient pour beaucoup l'hystérectomie comme mode d'intervention ; pourtant, M. Pozzi décide de faire une laparotomie. Il trouve à gauche une tumeur purulente, adhérente au ligament large, accolée à l'utérus, et d'où s'écoule après ponction, environ un litre de pus. Il énuclée cette tumeur, dissèque à coups de ciseaux prudents l'intestin qui adhère à sa face postérieure. Il enlève également la trompe droite parenchymateuse qui adhérait intimement au bassin et à l'utérus. Il termine sa laparotomie par un tamponnement de Mikulicz. Cette femme sort de l'hôpital un mois après son opération, parfaite-

ment guérie. Nous ne pensons pas qu'aucun autre traitement ait pu la rétablir plus promptement. Cette guérison s'est-elle maintenue?—Nous n'avons pas revu cette ancienne opérée partie en province, mais son médecin le D^r Frémicourt, de Jaulgonne (Aisne) a bien voulu nous donner les quelques renseignements que nous rapportons. « Pendant l'année qui a suivi l'opération, légères douleurs limitées à l'aîne gauche. Actuellement, elles ont complètement disparu ». Ces nouvelles nous ont été envoyées le 2 avril 1893, près de deux ans après l'intervention. Nous ne pouvons guère les désirer meilleures.

Avec la malade de l'observation n^o 10, M. Pozzi fut encore en présence de tumeurs purulentes adhérentes au gros intestin, il fit le même traitement que précédemment, disséqua la tumeur et l'énucléa complètement. Plus de deux ans après, en avril 1893, notre collègue M. Salmon, qui a revu la malade, nous écrit qu'« elle n'éprouve aucune douleur, ni spontanée, ni provoquée ».

Lorsque nous avons commencé ces recherches, nous n'espérions pas, il faut bien l'avouer, constater d'aussi bons résultats; nous avons peur de trouver des femmes souffrant encore du ventre, peut-être moins qu'avant l'opération, mais encore assez pour s'en plaindre amèrement. Donc, malgré notre vif désir de constater les bons effets de toutes les laparotomies auxquelles nous avons assisté comme aide, avec autant d'intérêt pour la malade que d'admiration pour l'opérateur, nous avons quelque arrière-pensée de n'être pas toujours satisfait des résultats définitifs. Nous confessons franchement ce léger scepticisme, et prions notre excellent maître M. Pozzi, de nous le par-

donner. Il est le meilleur garant de l'attention que nous avons tenu à apporter dans nos recherches. D'ailleurs, aux doutes que nous avions n'a pas tardé à succéder la quasi certitude de retrouver nos anciennes malades en bonne santé. Elles ont répondu en effet à notre appel avec d'autant plus d'empressement qu'elles avaient de reconnaissance. Toutes celles qui ont reçu nos lettres sont venues nous voir, et il va sans dire que nous avons écrit indistinctement à toutes nos anciennes malades. Si nos renseignements n'ont pas une valeur absolue par cela même qu'ils ne sont pas complets, ils ont du moins une valeur qui n'est pas négligeable, qui l'est d'autant moins, que presque toutes les malades revues ont été les plus atteintes et les plus menacées. Nous n'avons pu reproduire *in extenso* toutes les observations, du moins la partie de ces observations qui rend compte de l'état antérieur des malades, il a fallu résumer celui-ci en quelques mots ; mais ils en disent assez long sur la gravité des lésions. Nous pensons aussi que le résumé des opérations est suffisant pour en rendre un compte exact. Enfin, c'est aussi pour ne pas allonger indéfiniment et inutilement cette thèse, que nous allons maintenant signaler rapidement, en les réunissant par groupes de lésions analogues les diverses observations qu'il nous reste à indiquer, au lieu de les commenter une à une. Le lecteur qui nous fera l'honneur de parcourir ce mémoire, sera toujours libre de contrôler lui-même notre dire par les observations qui viennent à la fin de ce travail.

Nous venons de parler tout à l'heure de tumeurs salpingiennes, non seulement adhérentes au pelvis et à l'utérus,

mais encore à l'intestin. Il est facile de s'imaginer toutes les difficultés et les dangers que leur ablation complète par le vagin eut amenés ; et on a beau dire, que même avec une opération incomplète, les résultats sont excellents, il n'en est pas moins vrai que l'ablation totale de la masse morbide est préférable. Il nous semble que c'est la meilleure précaution à prendre contre le retour de nouvelles poussées inflammatoires qui peuvent se réveiller sur des débris plastiques dont l'atrophie ou la résorption après l'hystérectomie ne sont pas encore suffisamment démontrées. Du reste, sans entrer plus avant dans ces débats où de plus autorisés que nous sont déjà intervenus, reprenons notre enquête commencée.

Aux trois malades qui nous ont donné les observations 8, 9 et 10, ajoutons celles qui font l'objet des observations 11, 12, 13 et 14. Chez toutes, avec des difficultés variables, il a fallu, séparer par dissection, la tumeur de l'intestin auquel elle adhérait. Pour le n° 11, il a été impossible à gauche d'énucléer complètement les poches purulentes, on s'est contenté d'évacuer le pus qu'elles renfermaient, puis de les laver, et d'en enlever les fongosités ; du côté droit, il a fallu disséquer aux ciseaux et au thermo-cautère une anse intestinale incluse dans la paroi d'une des tumeurs. Deux ans après, le 4 avril 1893, nous avons revu cette femme : elle ne souffre plus, et n'a eu que quelques douleurs peu intenses du côté droit pendant les premiers mois qui ont suivi son opération.

Chez le n° 12, M. Pozzi a décortiqué à l'aide des ongles la masse salpingienne, qui, à gauche, adhérait aux anses intestinale. Vingt-deux mois après, le 3 avril 1893, nous

revoyons cette femme. Elle nous avoue qu'elle souffre encore du ventre, mais que ces douleurs sont beaucoup moins vives qu'avant son opération ; elles disparaissent, dit-elle, après un simple purgatif. Nous voulons savoir exactement à quoi nous en tenir au sujet de cette femme qui nous produit l'effet d'une hypocondriaque, et nous pratiquons le toucher vaginal : les culs-de-sac sont absolument souples, l'utérus est atrophié et mobile ; il nous est impossible de sentir la moindre tumeur ou le plus léger empatement. Nous ne trouvons pas non plus d'hémorroïdes, bien qu'elle affirme perdre de temps en temps par l'anus un peu de sang et des glaires.

Avec le n° 13, les difficultés opératoires n'ont pas été moindres qu'avec les malades précédentes. Nous avons vu, à cette laparotomie, M. Pozzi détacher du colon descendant et de l'appendice cœcal rejeté à gauche la tumeur que formait la trompe de ce côté. Celle-ci s'est rompue pendant les manœuvres de décortication, laissant ainsi son contenu purulent s'écouler dans le péritoine qu'on dut ensuite laver puis drainer à la Mikulicz. Revue le 6 septembre 1893, (2 ans et 2 mois après son opération), cette femme nous raconte qu'elle a souffert légèrement du ventre et a conservé une fistule abdominale pendant les neuf premiers mois qui ont suivi l'intervention chirurgicale ; au bout de ce temps, elle a rendu spontanément par son trajet fistuleux deux anses de fil de soie ; après quoi, toutes les douleurs ont complètement disparu et ne se sont jamais montrées. La fistule s'est fermée complètement.

Pour le n° 14, il a fallu encore disséquer avec soin la tumeur formée par les annexes droites qui adhérait intime-

ment au gros intestin et à la face postérieure du ligament large. Nous avons revu cette femme le 16 avril 1893 ; elle affirme n'avoir plus du tout souffert depuis son opération.

Il est probable que ces guérisons se sont fort bien maintenues, parce que tout le tissu morbide a été bien enlevé, et c'est la possibilité de ces ablations complètes qui a rendu fort efficace l'intervention par la laparotomie. En cela consiste son principal avantage sur l'hystérectomie. A l'appui de cette opinion, nous prendrons seulement l'observation n° 44. Cette femme était atteinte de salpingite suppurée gauche et de salpingite parenchymateuse droite, M. Picqué lui fait une première laparotomie, mais se trouve aux prises avec de telles difficultés qu'il n'enlève les annexes que d'un côté. La malade continue à souffrir, et M. Pozzi fait comme seconde opération l'hystérectomie. Elle-même n'améliore pas la malade et il faut dans une troisième intervention revenir au premier moyen de guérison. M. Pozzi, dans une laparotomie particulièrement délicate, puisque l'utérus absent ne peut lui servir de point de repère, enlève les annexes qui sont restées d'un côté et entretenaient la douleur et une fistule abdominale. La malade guérit. — Nous l'avons revue en octobre 1893, dans un parfait état de santé. — Rappeler cette observation, c'est renvoyer aux hystérectomistes l'argument qu'ils invoquent si souvent contre la laparotomie.

Nous ne voudrions pourtant pas, à cause de ces faits, tomber dans l'exagération inverse, et, nous en convenons tout de suite, comme le fait du reste M. Pozzi, nous interviendrons plutôt par la voie vaginale dans les cas d'adhé-

rences tellement intimes, qu'il serait dangereux d'essayer de les rompre par la voie abdominale. Nous avons cependant des exemples de réussite puisés dans la pratique de notre Maître, mais nous n'avons pas pour les suivre son habileté et son expérience. Ces cas auxquels nous faisons allusion sont les observations n^{os} 11, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 et 23.

Nous venons de voir que la femme qui fait l'objet de l'observation 11, ne souffre pas depuis deux ans qu'elle a été opérée. — Chez le n^o 15, dont les annexes ont été enlevées par dilacération et difficilement pédiculisées, on a dû laisser un lambeau d'ovaire pris dans la ligature, et se contenter de le cautériser fortement au thermo-cautère. Pourtant cette femme n'a nullement souffert depuis cette époque, elle n'éprouve même aucune douleur pendant la durée des hémorrhagies régulières qu'elle a conservées. Nous l'avons revue le 31 août 1893 (27 mois après sa laparotomie).

Il en est de même pour la femme de l'observation 18, revue en août 1893, (treize mois après avoir été opérée). Ses annexes étaient tellement adhérentes qu'une partie du pavillon de la trompe droite est restée attachée aux parois pelviennes. A part quelques douleurs légères, ressenties pendant plusieurs semaines, et qui ont cessé au mois de septembre 1892, elle n'a nullement souffert.

Pour le malade de l'observation 16, il y a eu quelques petites douleurs qui ont persisté pendant deux mois, sous forme de simples élancements ressentis des deux côtés du ventre ; mais, lorsque nous la revoyons, le 26 juin 1893,

près de deux ans après son opération, il y a longtemps qu'elle ne souffre plus du tout.

Le n° 17, revue treize mois après avoir subi une laparotomie vraiment dramatique, ne ressent plus qu'au moment de ses règles de légères douleurs, qui, dit-elle, sont très tolérables. Mais aussi quelles lésions avaient-elles !

La malade n° 20 est à peu près dans la même situation. Avant d'être opérée, elle était obligée de s'aliter et de cesser tout travail ; actuellement, vingt mois après sa laparotomie, elle n'éprouve du côté droit qu'une douleur insignifiante qui ne l'empêche ni de marcher ni de travailler. Elle ne ressent d'ailleurs ce malaise, sous forme de piqure ou de douleur sourde, qu'après fatigue ou marche exagérée.

Le n° 21, aussi gravement malade autrefois est maintenant encore plus affirmative que la femme précédente ; elle n'a pas eu la moindre douleur depuis son opération, et il y a également vingt mois qu'elle a été laparotomisée.

Dans certains cas, et particulièrement dans ceux de salpingite dite parenchymateuse, qui ne sont certes pas les moins douloureuses, les annexes malades étaient tellement soudées aux organes voisins et surtout au pelvis, qu'il a fallu déployer pour les enlever une force considérable. Il a même été nécessaire plusieurs fois de mettre les malades dans la position dite de Trendelenburg pour arriver à l'extirpation des masses inflammatoires qui remplissaient le petit bassin. Telles ont été les particularités aggravantes de l'opération pour les n°s 19, 22 et 23. Sur la première de ces 3 malades, voici ce que nous a écrit fort obligeamment, le D^r Tolmer de Neuilly, le 23 avril 1893, 25 mois

après l'intervention : « Mme V.... a eu quelques douleurs pendant les 3 mois qui ont suivi l'opération, à l'époque des règles ; depuis lors, aucune douleur ». La seconde malade, revue par nous 18 mois après, ne souffre plus que légèrement au moment de ses règles, et quand elle est très fatiguée. Elle nous déclare en outre que ces douleurs, simples picotements plus marqués du côté droit, sont calmées par de simples injections chaudes.

Quant à la troisième opérée, n°23, son observation offre un grand intérêt ; elle démontre, en effet, que même une ablation partielle par la laparotomie peut être suivie de résultats aussi bons que ceux par l'hystérectomie. Il faut pour cela, avec un bon sens clinique indispensable, et que peut donner seulement une longue expérience, limiter son intervention aux choses possibles, et, si l'on ne peut agir radicalement, remédier du moins à cette impossibilité par tous les moyens palliatifs qu'on a en son pouvoir. C'est ainsi que pour cette femme, M. Pozzi jugeant fort à propos qu'il serait dangereux de s'obstiner à une extirpation complète, a fait seulement l'ablation des annexes droites, il a vidé, nettoyé et drainé la tumeur du côté gauche, ramené le fond de l'utérus en avant et fait l'hystéropexie. Les résultats éloignés de son opération, constatés dix-huit mois après, la justifient pleinement. Cette femme n'a plus souffert ; elle n'éprouve qu'un peu de pesanteur du côté droit, lorsqu'elle s'est surmenée, et elle ne ressent aucune douleur à gauche.

Il deviendrait fastidieux d'insister plus longuement sur les prétendus phénomènes douloureux qui persistent après la laparotomie, et la rendent imparfaite sinon inutile com-

me moyen de traitement des suppurations pelviennes. Nous savons maintenant à quoi nous en tenir à ce sujet : les 16 observations que nous venons de passer en revue nous permettent déjà d'avoir une opinion plus juste ; nous en publions pourtant plusieurs autres à la suite. Dans ces cas comme précédemment, il s'agit surtout de lésions purulentes et parenchymateuses. Chez toutes, la guérison persistante a pu être observée après un temps qui varie de un an à deux ans et demi ; chez quelques-unes même, des maladies générales (influenza, fièvre typhoïde, attaques de rhumatisme, etc.) n'ont provoqué aucun trouble appréciable du côté de l'appareil génital (Voir obs. 24 et 25). S'il existait encore au voisinage de leur utérus quelques débris de productions inflammatoires susceptibles d'une nouvelle poussée aiguë, est-ce qu'une maladie grave n'aurait pas provoqué de nouveaux accidents de ce côté, comme elle en amène généralement dans un *locus minoris resistentiæ*.

A la suite de ces observations où il est surtout question de salpingite purulente ou parenchymateuse, nous publions les résultats éloignés chez trois opérées d'hydrosalpinx. Ce sont d'ailleurs des lésions dérivant des précédentes et susceptibles du même traitement.

La première de ces femmes (obs. 39) a été revue en octobre 1893, vingt et un mois après son opération. Elle n'éprouve aucune douleur à droite où siégeait un hydrosalpinx unilatéral ; mais à gauche où l'ovaire seul était malade, scléro-kystique, et fort douloureux avant l'intervention, les douleurs ont reparu un mois après. Elles sont beaucoup moins vives qu'auparavant et plus accusées seulement.

pendant les règles qui sont revenues régulièrement depuis. La malade peut travailler, ce qui lui était impossible avant d'être opérée. Ce résultat n'est évidemment pas parfait; tant s'en faut; il y a eu en effet simple amélioration notable. C'est un fait qui s'ajoute aux quelques-uns que nous avons déjà relatés à propos de l'ovarite scléro-kystique, et qui nous porte à penser que la suppression de la douleur souffre plus d'exceptions dans ces cas que dans ceux de lésions salpingiennes beaucoup plus intenses.

La seconde malade (obs. 40) qui avait un double hydrosalpinx et des ovaires scléro-kystiques a été revue un an après la laparotomie. Elle ne souffrait plus du tout du ventre, mais ses douleurs avaient persisté cinq mois après l'opération.

La troisième de ces femmes (obs. 41), chez laquelle on avait trouvé l'utérus en rétroversion, un hydrosalpinx à droite et des ovaires scléro-kystiques, a été revue par nous le 20 juin 1893. Ses douleurs avaient persisté assez intenses pendant trois mois du côté droit, légèrement pendant cinq mois du côté gauche; puis elles avaient complètement disparu. Remarquons au sujet de ces derniers exemples que nos conclusions auraient pu être fortement empreintes de pessimisme et notre pronostic mauvais, si, revoyant ces malades, peu de temps après l'opération, nous avions constaté la persistance de leurs douleurs. N'a-t-on pas souvent préjugé de cette façon les résultats éloignés de l'intervention?

En résumé, on voit que bien peu de malades ont été retrouvées avec des douleurs sérieuses; nous n'en avons vu que quelques-unes se plaignant encore de souffrir légère-

ment d'un côté ou de l'autre, mais elles avouaient que ces douleurs étaient très tolérables, et n'entravaient nullement leur travail.

Les deux seules observations dont nous voulons encore parler à la fin de ce chapitre, sont celles de deux malades chez qui la laparotomie semble avoir échoué. L'une, (obs. 42) après avoir subi l'ablation bilatérale des annexes pour pyosalpinx droit et salpingite parenchymateuse gauche était sortie de l'hôpital ne souffrant plus du tout. Mais elle y rentrait bientôt, se plaignant de pertes blanches très abondantes et de douleurs persistantes quoique beaucoup moins vives au niveau de son utérus. Plusieurs fois, nous lui fîmes le curettage utérin et des injections iodées ; aucune amélioration ne s'en suivit, et M. Picqué, pour la guérir radicalement, fit à la fin une hystérectomie vaginale. La guérison fut alors évidemment radicale, et, trois semaines après, la malade sortait de l'hôpital en parfait état de santé. Nous l'avons revue depuis, au mois d'octobre dernier : elle n'a plus jamais souffert. Nous avons tenu à faire une enquête particulière au sujet de cette femme, et nous avons maintenant la certitude que ses rechutes et sa métrite rebelle à tout traitement étaient dues à une réinfection incessante. Son amant était, en effet, atteint de blennorrhée chronique, et ne se faisait aucun scrupule de risquer après chaque opération de contaminer sa maîtresse. Nous sommes convaincu que, si cette ancienne opérée avait pu après sa laparotomie demeurer quelques semaines en complète convalescence et dans la continence absolue, et surtout si elle avait pu s'exempter de tout contact dangereux, elle eut parfaitement guéri. Les exemples

fournis par toutes nos autres malades, la plupart mariées, en sont la preuve évidente.

L'autre malade (obs. 43) à laquelle il a fallu faire après la laparotomie une hystérectomie dite complémentaire, avait présenté des accidents particuliers pour justifier cette deuxième intervention. Quelques jours après sa première opération qui avait été assez difficile (nécessité de la position de Trendelenburg) à cause d'adhérences considérables, elle avait, en effet, été prise de douleurs vives et de symptômes pseudo-péritonéaux. Après examen attentif, on diagnostiqua une hématocele post-opératoire. L'hystérectomie vaginale fut décidée et faite après l'apaisement de tout phénomène aigü, elle confirma le diagnostic. Nous avons revu cette femme, plus d'un an après sa deuxième opération, elle est en parfaite santé.

Ici, pas plus que pour l'observation qui précède, nous ne pensons qu'il faille incriminer la laparotomie, et dire qu'elle devait céder le pas à l'hystérectomie. Nous convenons très bien que cette seconde opération faite tout d'abord eut été suffisante; mais on est en droit de ne pas prévoir des accidents aussi rares. D'ailleurs, il y a bien des cas où ces complications ont été traitées et guéries d'une façon moins radicale; on en trouvera un exemple dans l'observation d'une de nos anciennes malades, opérée par nous le 9 janvier 1891, sous les yeux de notre excellent maître M. Pozzi. Cette femme, après une opération qui avait cependant marché très régulièrement, fut prise d'accidents d'hématocele post-opératoire; elle n'en guérit pas moins complètement, et sortit de l'hôpital le 11 mars 1892. Pour cette observation et plusieurs autres analogues, nous ren-

voyons le lecteur, à la thèse d'un autre élève de M. Pozzi, notre ami et collègue de la Nièce (Hématocèle post-opératoire, thèse de 1893). Si M. Picqué a agi aussi énergiquement en enlevant l'utérus à cette femme, c'est parce que, sortie de l'hôpital avant la résolution complète de son épanchement, elle avait repris une vie fort agitée dont la conséquence ne s'était pas fait longtemps attendre ; et puis, étant donné l'existence qu'elle devait continuer, cette femme était par trop exposée à compromettre de nouveau les résultats déjà obtenus. On ne peut cependant pas faire une règle générale de ces quelques cas particuliers, d'ailleurs exceptionnels, puisque nous n'en avons que deux à signaler sur un si grand nombre d'opérées. Enlever l'utérus sous prétexte qu'il est inutile, c'est poser en principe la justification d'un nombre infini d'opérations dont la légitimité est plus que contestable ; l'enlever, sous prétexte qu'il est dangereux, n'est guère plus scientifique. D'abord, quels sont ces dangers, et n'y a-t-il pas moyen de les prévenir ? C'est ce que nous verrons plus loin. Dans tous les cas, si ces moyens presque toujours suffisants n'ont pas réussi, reste toujours la possibilité d'une intervention qui, cette fois, sera radicale et définitive, l'hystérectomie complémentaire.

3° *Métrorrhagies chez les laparotomisées pour ovarite chronique.* — Les ménorrhagies, comme nous l'avons rappelé plus haut, ne sont pas un des symptômes négligeables de l'ovarite kystique ; nous avons vu de quelle abondance pouvaient être quelquefois les règles et quelle durée elles pouvaient présenter. Nous avons même cité des observations où les pertes sanguines survenant en dehors des pé-

riodes menstruelles constituaient de véritables métrorrhagies. Ces troubles persistent ils après la castration ?

Chez la femme dont l'observation porte le n° 4, l'ablation des annexes a eu pour résultat immédiat de supprimer ces pertes. Depuis 21 mois, elle n'a plus vu ses règles. L'opération sous ce rapport a donc été chez elle absolument radicale.

Pour le n° 5, qui se plaignait antérieurement de douleurs et de dysménorrhée et non d'hémorrhagies, la castration n'a pas empêché la continuation des règles. Celles-ci sont très irrégulières, reviennent, dit-elle, quelquefois tous les quinze jours, quelquefois tous les mois, et durent chaque fois trois à cinq journées, autant qu'avant l'opération. La seule modification qu'ait apportée l'ablation des ovaires, porte sur les phénomènes douloureux qui se sont calmés. Cette femme a été revue 19 mois après sa sortie de l'hôpital.

Le n° 6, dont les symptômes antérieurs sont analogues à ceux de la précédente malade, a été réexaminée par nous, après le même laps de temps. A part une hémorrhagie survenue six mois après l'opération, sans cause appréciable, ayant duré huit jours et arrêtée spontanément, cette femme n'a pas revu ses règles.

Quant au n° 7, elle n'a eu, depuis qu'elle a été opérée, c'est-à-dire depuis 18 mois, aucune perte sanguine. Il en est de même pour le n° 1. Nous savons seulement que la malade n° 3 est en très bonne santé, mais nous n'avons pas de renseignements suffisants sur l'état de sa menstruation.

Enfin, nous ne pouvons prêter une grande importance sous ce rapport à l'observation 2, puisqu'il s'agit dans ce

cas, d'une ablation unilatérale. Pourtant, nous devons rapporter que le 21^e jour après son opération, cette femme a eu une métrorrhagie qui a duré près d'un mois. Au bout de ce temps, nous avons fait un curettage, après lequel, dit la malade, les règles sont devenues régulières, et peu abondantes. Actuellement, (2 ans après) il y a presque aménorrhée.

En somme, quelles conclusions faut-il tirer de ces observations ? Elles ne sont pas très nombreuses, mais, tant d'autres en ont publié un si grand nombre d'analogues, qu'il est peu utile d'en citer de nouvelles.

On a dit : « les règles persistent souvent, parce qu'on a laissé une portion de tissu ovarien. Cela est souvent vrai, quand il s'agit de lésions tellement adhérentes qu'on les déchiquète avant de les enlever ; mais dans des cas où il s'agissait purement d'ovarite, nous avons vu les ovaires totalement enlevés, et pourtant les règles persister. Notre observation n^o5, en est un exemple. Devant cette objection, déjà soulevée depuis longtemps, on a cherché une autre explication et incriminé une sorte d'habitude de l'utérus, qui, à intervalles plus ou moins réguliers, se congestionnerait comme au temps où il possédait encore ses annexes, et deviendrait alors le siège d'hémorrhagies, plus ou moins abondantes. Nous nous contenterons de rappeler ces interprétations diverses, sans juger de leur valeur.

Dans tous les cas, ce qu'il faut bien noter, c'est qu'en règle générale, si les hémorrhagies persistent après la laparotomie pour ovarite chronique, elles sont du moins de beaucoup diminuées, quand elles ne sont pas supprimées tout à fait.

Chez la malade, objet de l'observation 4, tous les traitements antérieurs (curettages, injections iodées etc.) avaient échoué ; la laparotomie seule, a donné un résultat positif.

4^o *Métrorrhagies chez les laparotomisées pour lésions salpingiennes.* — Ce chapitre va nous servir de transition, pour passer de l'étude des symptômes antérieurs à la laparotomie et qui persistent après elle, à l'étude des phénomènes qui lui succèdent. Tantôt, en effet, les métrorrhagies existaient déjà avant l'intervention, tantôt elles apparaissent après.

Dans le premier cas, disent beaucoup d'adversaires de la laparotomie, l'ablation des annexes seules est restée impuissante pour les arrêter, dans le second, prétendent quelques autres, c'est elle qui est cause indirecte de leur apparition. L'accusation est certes fort grave et les arguments péremptoires, s'ils sont irréfutables. Voyons quelle est leur valeur.

En nous basant sur les résultats constatés de 1 à 2 ans et demi après l'intervention, nous répartissons nos observations en trois classes : 1^o anciennes opérées chez qui il n'est survenu aucune hémorrhagie, depuis l'intervention chirurgicale ; 2^o celles qui ont revu leurs règles presque régulières et normales ; 3^o celles qui ont eu des métrorrhagies irrégulières.

Dans la première de ces trois catégories rentrent les observations nos^s 14, 29, 30, 34, 36, etc.

Nous les avons relues attentivement et nous n'avons pas eu l'occasion de constater une seule fois, que chez l'une de ces malades quelque hémorrhagie supplémentaire (épistaxis, hémoptisies, flux hémorrhédaire, etc.) soit venue

remplacer l'écoulement cataménial. Pourtant, nous pensons qu'il est intéressant de signaler à ce propos ce qui s'est passé chez la malade n° 13, que nous avons rangée dans notre seconde catégorie. Pendant les neufs premiers mois qui suivirent sa sortie de l'hôpital, cette femme garda une fistule abdominale entretenue par un fil de soie profond, qui s'était infecté ; il s'en écoulait chaque jour une petite quantité de pus mélangé de sérosité sanguine. Au bout de neuf mois, le fil de soie fut expulsé spontanément, et la fistule se ferma ; aussitôt, apparut une métrorrhagie qui dura quelques jours et se remontra depuis lors tous les mois, assez régulièrement. Un chirurgien du siècle dernier n'eut pas manqué d'attribuer à la fistule abdominale le rôle d'un émonctoire, sorte de dérivatif empêchant la réapparition des règles. Pour nous, il y a eu probablement simple coïncidence dans la disparition de cette fistule et l'apparition des métrorrhagies.

Avant d'aller plus loin et sans vouloir aborder tout de suite le chapitre des troubles généraux, remarquons en passant, que c'est en particulier chez toutes nos malades du 1^{er} groupe, c'est-à-dire chez celles qui n'ont pas revu leurs règles, que les bouffées de chaleur, les maux de tête etc., sont les plus fréquents et les plus accentués. Les n°s 14, 29, 30, 36, etc., sont celles qui s'en plaignent le plus, d'une façon permanente, et tous les jours ; chez le n° 34, ces bouffées de chaleur se montrent plutôt au moment où les règles devraient venir ; pour elle, c'est ce qui les a remplacées.

Dans notre deuxième catégorie, rentrent les malades qui présentent des règles où plutôt des hémorrhagies à peu

près régulières et normales. Telles sont celles qui correspondent aux observations 15, 17, 22, 23, 26, 31, 32, 35, 37, 38, etc... Mettons de côté tout de suite les observations 23 et 27, puisqu'il s'agit pour elles d'ablations unilatérales, et que la conservation des règles n'offre en pareil cas rien d'anormal.

Admettons aussi qu'il n'y ait rien d'étonnant à ce que le n° 15 perde tous les mois, voire même très abondamment pendant huit ou dix jours, puisqu'elle a gardé un fragment d'ovaire, ce dont il est fait mention dans l'observation. Quant aux autres, quelle est la marche, la durée, l'abondance de leurs règles? — Ces règles (appelons les ainsi pour plus de facilité) ont fait leur réapparition à des époques fort variables. Pour le n° 17, cinq mois après l'opération, pour le n° 31, trois mois après; pour le n° 22, au bout d'un mois; pour le n° 26, au bout de trois mois; pour le n° 13, au bout de neuf mois, etc., etc. Tantôt, elles se suivent avec une régularité presque parfaite, comme chez les n° 31, 32, et 38, qui perdent tous les mois comme s'il s'agissait d'une menstruation normale qui n'a jamais été troublée; tantôt, elles sont supprimées pendant plusieurs mois (obs. 17...), sans qu'on puisse savoir pour quelle raison, et elles reparaissent ensuite, ni plus ni moins abondantes. Il n'existe pas moins de variétés dans leur durée et leur abondance: chez quelques malades, ces hémorrhagies durent à peine trois ou quatre jours, (obs. 31, 17, 22, 26, etc.); chez d'autres, on les observe chaque fois pendant huit jours et quelquefois plus (obs. 38, 13, etc.) Parfois, il n'y a guère qu'un léger suintement sanguin qui tache à peine le linge (obs. 32), tandis que certaines femmes

perdent en abondance de véritables caillots (obs. 13, 15, etc.)

Une troisième catégorie de malades comprend pour nous toutes celles qui, à des dates plus ou moins éloignées de leur opération, ont eu une ou deux hémorrhagies qui ne se sont pas renouvelées ou bien qui se sont reproduites plusieurs fois, mais avec une telle irrégularité qu'on ne peut leur conserver le nom de règles. Telle est la malade de l'observation 40 ; cette femme a eu, six mois après être sortie de l'hôpital une hémorrhagie abondante qui a duré onze jours, et depuis lors, elle n'a jamais perdu. Telles sont aussi les malades 20, 21 et 39. Le n° 20, au bout de neuf mois, perd pour la première fois pendant trois jours ; ces pertes s'accompagnent de douleurs, mais ne sont pas plus abondantes que des règles normales, elles cessent pour reparaitre deux mois après, se renouveler régulièrement pendant trois mois, puis disparaître de nouveau. Quand nous voyons cette femme, il y a deux mois que ses pertes n'ont pas paru. Le n° 21, au bout de six mois, a eu, pendant sept ou huit jours, quelques petites pertes rosées, puis plus rien jusqu'à présent. Le n° 39 a vu, dit-elle, ses règles revenir après trois mois ; elles se sont montrées deux fois, puis suppression absolue depuis lors. Chez le n° 18, des hémorrhagies assez abondantes se sont montrées à des intervalles de trois mois ; elle en a eu ainsi quatre depuis son opération ; chaque fois, elles ont duré pendant une semaine.

Nous pourrions multiplier ces exemples ; mais, à quoi bon ? Il est facile de voir dès maintenant qu'il est impossible d'établir une règle générale. Ce n'est pas d'ailleurs

notre but ; nous voulons seulement montrer par les observations ci-après citées que ces métrorrhagies n'ont guère incommodé nos anciennes opérées. Il en est peu, en effet, qui soient venues nous demander à nous ou à d'autres de remédier à ces pertes. Quand elles ont été par trop considérables ou gênantes, M. Pozzi ou ses internes ont fait un curettage, quelquefois même une simple injection iodée dans l'utérus, et les pertes ont cessé ou bien se sont régularisées. Tel est le cas du n° 26 qui, trois mois après son opération, a eu une hémorrhagie qui a duré de six semaines à deux mois. Notre collègue Baudron lui fit alors un curettage, et depuis, les règles sont venues à peu près régulièrement, peu abondantes, durant chaque fois pendant trois ou quatre jours. Nous avons revu cette femme au mois d'octobre dernier, plus de deux ans après son opération.

Ce n'est pas seulement pour les hémorrhagies mais aussi pour les pertes blanches qui persistent qu'il est alors indiqué de faire le curettage ou des injections utérines. Rarement nous avons eu recours à ce traitement, parce que rarement on est venu nous le demander (obs. 33). D'ailleurs dans la lecture de nos observations nous n'avons pas relevé beaucoup de cas de leucorrhée sérieuse ; si pourtant il était nécessaire d'agir énergiquement contre ces pertes, on serait en droit de cautériser et même de détruire complètement la muqueuse utérine avec les caustiques intenses (chlorure de zinc, etc...). En effet, qu'il y ait ou non atrésie du col à la suite de ce traitement, peu importe, s'il n'y a plus de règles et par conséquent plus de dysménorrhée à craindre.

Revenant à la question des métrorrhagies régulières ou non qui persistent ou même apparaissent après l'ablation des annexes par la voie abdominale, nous dirons que non seulement leur existence ne constitue pas un argument contre ce mode opératoire, mais qu'elle devient presque une des raisons qui doivent, quand c'est possible, le faire préférer. Et, en effet, combien de nos malades en ont bénéficié, comme de saignées salutaires ! Nous allons le montrer en passant maintenant en revue les symptômes consécutifs à l'ablation des annexes.

CHAPITRE II

SYMPTOMES DIVERS CONSÉCUTIFS A L'ABLATION DES ANNEXES.

Phénomènes généraux. — Presque toutes nos anciennes opérées se plaignent d'abord de « bouffées de chaleur » plus ou moins fréquentes. Cinq ou six fois par jour, (obs. 14, 30), quelquefois toutes les heures et même plus souvent, (obs. 24), parfois seulement pendant cinq ou six jours chaque mois (obs. 34, 36, etc.), elles sentent pour ainsi dire le sang leur monter au visage ; la face se colore et se couvre de sueur, les yeux se voilent quelquefois d'un léger nuage, les oreilles leur bourdonnent. Cela dure quelques secondes, parfois deux ou trois minutes ; puis, tout est fini jusqu'au prochain accès. Ces malaises sont généralement légers et peu gênants. Il s'y joint chez beaucoup des maux de tête qui reviennent à intervalles plus ou moins éloi-

gnés, sans caractères très précis, (obs. 6... : douleur frontale, sensation d'étau), (obs. 27... pesanteur céphalique), (obs. 4... douleur vers la nuque) ; mais ils n'ont jamais la forme de migraines (obs. 20, 22....). On observe encore des éblouissements (obs. 6...), des vertiges (obs. 20...), des palpitations (obs. 7, 9, 11...). Nous en avons vu qui avaient de véritables poussées sudorales avec sensations successives de froid et de chaleur (obs. 21, 24...). Quelques-unes sont oppressées, soit de temps en temps et sans raison appréciable, soit dès qu'elles marchent un peu vite ou gravissent un escalier, etc... (obs. 7, 8, 18). Il y en a d'autres qui ont des sensations passagères d'étouffement (obs. 17.).

D'une façon générale, ces malaises sont fort légers, incomparables, à coup sûr, à ceux que les malades éprouvaient auparavant ; ils sont très fugaces ou très rares, quelquefois même font complètement défaut chez les femmes qui ont continué à perdre. Le n° 26 n'a que rarement des bouffées de chaleur, et seulement quand ses règles ne viennent pas, les n°s 22 et 15 n'en ont pas du tout, le n° 31 n'en a jamais ressenties, pas plus que d'étouffements ou de palpitations ; il en est de même des n°s 32 et 37. Et nous pourrions citer beaucoup d'autres exemples. Rappelons seulement les deux ou trois observations suivantes qui sont typiques. La femme n° 20 n'a pas perdu pendant neuf mois, elle a eu alors de fréquentes bouffées de chaleur, des sueurs abondantes, des étourdissements, etc. ; elle a ensuite une hémorrhagie qui dure trois jours, et se répète pendant trois mois ; durant tout ce temps, aucun malaise ; puis, nouvelle aménorrhée, et de nouveau les

troubles déjà observés au début. Les observations 18 et 41 sont aussi probantes.

N'avions-nous pas raison de dire tout à l'heure que ces hémorrhagies, loin d'être nuisibles, constituaient presque des saignées salutaires. Si elles ne se produisaient pas, on serait en droit de les provoquer par des scarifications sur le col qui deviendraient ainsi un moyen de soulager rapidement et facilement les malades. En somme, il semble qu'il s'agisse de phénomènes de pléthore ; si l'utérus se charge lui-même de la saignée, qu'on le laisse faire ; sinon, qu'on la pratique soi-même. Nous ne voyons pas par quelle pathogénie différente les hystérectomisées seraient exemptes de ces malaises généraux, et, ce que nous voyons, c'est qu'on a chez elles moins de facilité pour les combattre, car il est bien difficile de recourir d'une façon permanente à des purgatifs répétés.

Les phénomènes congestifs dont nous venons de parler ne se posent pas seulement du côté de la face ; on en a signalé chez quelques femmes du côté des poumons (obs. 19) d'où une toux généralement sèche et fréquente. Quant à la prédisposition particulière que présenteraient les anciennes opérées pour les bronchites ou trachéites, nous pensons qu'il faut l'expliquer par les plus grands dangers qu'elles ont de se refroidir, étant souvent couvertes de sueurs et portées à se découvrir.

Nous avons revu une de nos anciennes malades qui pourtant n'a subi qu'une ablation unilatérale des annexes, mais qui présente une particularité intéressante à signaler ; elle est due vraisemblablement à des phénomènes congestifs du côté des glandes mammaires. Tous les mois, en effet,

au moment de ses époques, cette femme constate une augmentation de volume de ses seins qui deviennent sensibles et même douloureux. (obs. 37). Evidemment, ce n'est pas là un fait très rare ; notre cher maître le D^r Ribemont-Dessaignes nous a dit avoir souvent observé pareils phénomènes chez beaucoup de femmes au moment de leurs règles. Reste à savoir si l'ablation des annexes d'un côté n'est pas chez cette malade une raison pour l'apparition de ces poussées congestives. Dans l'observation n° 45, nous avons constaté, au contraire, un phénomène beaucoup plus bizarre. Chez la femme dont il est question, nous avons été témoin dix jours après une laparotomie où l'on a enlevé les annexes et un kyste du ligament large d'une véritable montée de lait qui a duré huit jours, puis a disparu complètement, mais pour reparaitre encore, quoique beaucoup moindre au moment des règles. Nous savions bien que parfois des tumeurs utérines pouvaient provoquer ces phénomènes sympathiques du côté des seins, par simple action réflexe ; mais, nous n'avons jamais vu signalées nullement ces mêmes particularités dans les cas de kystes ou tumeurs extra-utérines. Nos maîtres les plus autorisés ont été frappés eux-mêmes de leur étrangeté, et aucune de nos recherches n'a pu nous en fournir une explication scientifique.

Nous n'avons pas pratiqué assez de fois l'examen des urines pour signaler quelque particularité du côté des reins.

Chez quelques femmes, il nous a semblé que la castration n'était pas étrangère au réveil d'anciennes diathèses rhumatismales ou arthritiques (obs. 24, 29, 30...); mais, toute

intervention opératoire n'eut-elle pas été passible du même reproche ?

Nous n'avons vu qu'une femme qui nous ait dit avoir remarqué que sa voix s'était modifiée, était devenue plus grave, semblait s'être enrouée, ce qui l'empêchait de chanter comme autrefois (obs. 15).

En ce qui concerne les fonctions digestives, ce que nous avons remarqué le plus souvent, c'est une dyspepsie flatulente, des lenteurs de la digestion et quelques douleurs stomacales (obs. 21, 22, 23, 18, 37).

Rarement ces troubles de dyspepsie s'accompagnaient d'inappétence ; au contraire, nos malades nous ont presque toutes déclaré qu'elles avaient recouvré appétit, depuis leur opération (obs. 4, 23, 32, 35). D'une façon générale, elles ont pris un embonpoint quelquefois considérable et qui, pour beaucoup, n'est pas le moindre de leurs soucis. Il y a du reste de nombreuses exceptions à cette règle, c'est ainsi que les nos 29, 32, 38, etc., n'ont pas remarqué chez elles aucun changement ; quelques-unes ont maigri (obs. 31, 22) ; la plupart, après une phase de croissance, restent maintenant stationnaires.

De toutes les modifications apportées par l'opération chez nos anciennes opérées, l'une des plus importantes est celle qui affecte leur état psychique ; nous n'avons constaté à la vérité aucun cas de folie ou de manie, mais chez beaucoup, du changement dans le caractère et quelques troubles, du reste légers, qu'elles ont été les premières à nous confesser.

Des bizarreries de caractère, des caprices, un besoin incessant de changer de place (obs. 6, 15, 18, 32), des cri-

ses de larmes ou de fou rire sans aucun motif (obs. 7, 20,) une susceptibilité exagérée sont des troubles que beaucoup de nos malades sont venues nous avouer spontanément. Un grand nombre reconnaissent en particulier qu'elles sont devenues irascibles, impatientes, intolérantes, agacées, pour une futilité ou même sans raison (obs. 4, 7, 16, 21).

Il y en a qui nous racontent qu'elles ne souffrent plus, qu'elles sont en parfaite santé, qu'elles n'ont jamais été mieux portantes ; et pourtant elles ont peur de mourir, elles s'imaginent que leur mal peut revenir, elles deviennent hypocondriaques au moindre malaise (obs. 23, 12). Quelques-unes sont à certains moments apathiques, insouciantes, paraissant indifférentes à tout ce qui se passe autour d'elles, ne s'émouvant de rien, « se moquant de tout » : puis, à d'autres instants, elles entrent dans des colères terribles (obs. 6, 21, etc.).

Plusieurs éprouvent un besoin de sommeil incompréhensible, dorment douze ou quinze heures de suite (obs. 6, 15).

Généralement l'appétence génitale n'est pas modifiée ; parfois même elle est exagérée (obs. 8, 18, etc.).

Un des phénomènes les plus fréquents que nous ayons remarqués est une amnésie plus ou moins prononcée qui porte surtout sur les événements récents ou les actes qui viennent de se passer. Bien des malades ont ainsi perdu un peu de leur mémoire (obs. 6, 15, 18) ; elles oublient qu'elles viennent de poser tel objet à tel endroit, elles sont incapables de se souvenir du nom des personnes qu'elles viennent de rencontrer, de la commission dont on les a

chargées, etc.; elles se rappellent au contraire des faits qui sont plus éloignés dans le passé.

Phénomènes locaux. — Nous comprenons seulement sous ce titre les changements ou accidents qui peuvent être survenus soit du côté de la plaie abdominale, soit du côté de l'utérus. On sait, en effet, que beaucoup de chirurgiens ont déclaré que la cicatrice, par cela même qu'elle pouvait devenir le siège d'une hernie, constituait encore une des infériorités de la laparotomie sur l'hystérectomie. Notre cher maître M. Pozzi a traité cette question avant nous, à la société et au congrès de chirurgie; mais, puisque nous venons de revoir près de cinquante de ses opérées, on nous permettra bien de dire comment nous les avons trouvées sous ce rapport. Beaucoup, par négligence ou pour être plus à l'aise, ont depuis des mois mis de côté leur ceinture; chez un bon nombre de celles qui la portent encore, elle est usée et insuffisante. Malgré cela, et bien que chez plusieurs il ait fallu drainer le ventre par un tamponnement de Mikulicz, nous n'avons constaté que dans un cas un peu d'affaiblissement de la paroi abdominale au niveau de l'angle inférieur de la plaie par où passait le Mikulicz (obs. 22...); jamais de hernie ou d'éventration. Dans un cas (obs. 24...), il y avait éventration sur le bord externe d'un des grands droits abdominaux, et il semblait (qu'on nous pardonne cette expression), que les tissus se soient éraillés en ce point comme une mauvaise étoffe se déchire à côté et non au niveau d'une bonne couture. — Enfin, chez une autre de nos malades, nous avons constaté de l'éventration de la ligne blanche, mais au-dessus de la cicatrice; il s'agit d'ailleurs d'une multipare qui a eu

sept enfants et qui ne porte jamais sa ceinture (obs. 23).

Si nous avions à donner la cause du bon état des cicatrices ainsi revues longtemps après, nous rappellerions avec quels soins M. Pozzi fait toujours la restauration de la paroi abdominale et quelle petitesse il donne en général à ses incisions (5 ou 6 cm.); mais ce serait sortir de notre sujet déjà bien assez long. Nous devons pourtant encore, à ce sujet, faire remarquer qu'aucune de nos anciennes malades n'a gardé de fistule abdominale. Les observations n^{os} 38 et 44 sont à ce propos fort intéressantes. — Chez la première de ces femmes, une fistule abdominale consécutive à une première laparotomie incomplète fut guérie rapidement par l'ablation des débris de trompe et d'ovaire qu'on n'avait pu enlever une première fois. Bien que l'examen histologique ait fait reconnaître chez cette femme des lésions tuberculeuses de la trompe, la fistule abdominale n'a pas reparu. Nous venons de revoir un an après, cette ancienne opérée; elle se porte à merveille et venait spontanément à Beaujon pour le plaisir de nous le faire constater. — Quant au n^o 44, nous en avons déjà parlé précédemment; rappelons seulement que c'est par une seconde laparotomie faite après une hystérectomie inefficace que la fistule abdominale s'est enfin fermée complètement.

Nous n'avons pas toujours pu, pour des raisons variables, pratiquer le toucher vaginal chez toutes nos anciens malades; mais nous avons du moins procédé à cette exploration sur un assez grand nombre, pour pouvoir conclure que dans la plupart des cas, les culs-de-sac vaginaux étaient souples et non douloureux à la pression. Chez quel-

ques femmes seulement, nous avons noté un peu d'empâtement ou de douleur d'un côté ou de l'autre.

Il ne nous a pas toujours été possible de sentir nettement le fond de l'utérus, même lorsqu'il était très mobile ou mobilisable, mais il nous a souvent donné la sensation d'un organe diminué de volume et atrophié. Nous avons rarement tenté de faire l'hystérectomie, à cause de la fréquence de l'étroitesse du col et des douleurs qu'accusait la malade quand nous cherchions à faire pénétrer le cathéter avec un peu de force quoique prudemment.

Il nous a été donné de voir les altérations histologiques des fibres musculaires d'un utérus atrophié, qu'on avait enlevé par l'hystérectomie, deux ans après une laparotomie.

L'examen microscopique, fait par M. Latteux, a montré qu'il y avait eu substitution de tissu fibreux au tissu musculaire. Ce développement exagéré de tissu fibreux s'observait surtout autour des vaisseaux ; la muqueuse du corps se trouvait presque complètement atrophiée, et les glandes qui avaient disparu en beaucoup de points paraissaient comme étouffées dans un tissu condensé (1).

Nous avons toujours terminé l'interrogatoire de nos malades, en leur demandant de nous dire franchement et en résumé quel bénéfice elles avaient retiré de l'opération. Invariablement, elles nous ont toutes répondu que, même avec les quelques malaises très supportables qu'elles éprouvaient, elles considéraient l'opération comme ayant été

(1) Cet examen histologique sera publié in extenso avec planches et dessins dans les « *Leçons de gynécologie* » de M. Pozzi que nous avons précieusement recueillies et qui paraîtront prochainement.

fort heureuse pour elles. Depuis lors, en effet, elles ne souffraient plus ou presque plus, pouvaient travailler facilement et gagner leur vie, ce qui leur était impossible avant l'intervention chirurgicale. D'ailleurs, on trouvera toutes les impressions des intéressées elles-mêmes exprimées à la fin de chaque observation.

OBSERVATIONS

OBSERVATION 1 (1).

La nommée N.... Augustine, femme C....., âgée de 26 ans, opérée à l'hôpital Pascal, le 4 mars 1891.

DIAGNOSTIC CONTROLÉ ET COMPLÉTÉ PAR L'OPÉRATION. — SYMPTÔMES PRINCIPAUX. — *Ovarite hypertrophique à droite (ovaire tripé de volume) ; ovarite atrophique à gauche*, ayant donné lieu depuis deux ans et demi à de vives douleurs dans le bas-ventre, plus intenses du côté droit, et irradiées dans la cuisse droite et dans les reins. Jamais de métrorrhagie ou de ménorrhagie. *Dysménorrhée*.

NATURE DE L'OPÉRATION. — Ablation bilatérale des annexes.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — Guérison après réunion par première intention. Sortie le 22 avril 1891.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Cette malade a été revue par nous, le 20 juin 1893 plus de 27 mois après son opération. Elle était en très bonne santé et ne souffrait nullement. Elle n'a jamais perdu ni en rouge ni en blanc depuis sa sortie de l'hôpital.

Elle ne se plaint ni de bouffées de chaleur, ni de palpitations, ni de maux de tête. Elle déclare *se porter beaucoup mieux qu'avant d'être opérée* et pouvoir travailler facilement dans son ménage, ce qu'elle ne pouvait faire auparavant. Elle n'a constaté aucun changement dans ses sensations génitales. Elle n'accuse aucune modification dans son caractère.

(1) Toutes les observations que nous publions dans ce mémoire nous sont personnelles. Nous les avons prises *après avoir revu nous-même les malades* et les avoir longuement examinées ; pour quelques-unes seulement les renseignements nous ont été fournis par des médecins de province ; alors, il en est fait mention.

La cicatrice est parfaite ; il n'y a pas trace d'éventration, bien que la malade ne porte jamais sa ceinture.

Nous n'avons pu pratiquer le toucher vaginal.

OBSERVATION 2 (publiée *in extenso* dans la *Revue de chirurgie* d'août 1891).

La nommée L... Anaïs, femme B..., âgée de 30 ans, cuisinière, opérée le 7 mai 1891.

DIAGNOSTIC COMPLÉTÉ PAR L'OPÉRATION. — SYMPTÔMES PRINCIPAUX. — *Ovarite kystique à gauche ; adhérences des deux ovaires.* — Depuis trois ans et demi, douleurs abdominales vives et continues ; ménorrhagies et métrorrhagies très abondantes. *Dysménorrhée.*

NATURE DE L'OPÉRATION. — EXAMEN DES PIÈCES. — *Ablation unilatérale (des annexes gauches).* — Destruction des adhérences qui entourent l'ovaire droit, lequel est sain et laissé en place, après qu'on a crevé deux petits kystes faisant saillie à sa surface.

L'ovaire gauche ressemble à une grosse figue trilobée ; il est bourré de petits kystes du volume d'un petit pois et contient un kyste du corps jaune gros comme une aveline ; la trompe gauche est à peine congestionnée et un peu épaissie ; cinq ou six petits kystes à contenu transparent sont appendus au niveau de son segment interne.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — Guérison après réunion par première intention. Sortie le 4 juin 1891.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Cette femme a été revue le 20 juin 1893. Vingt jours après son opération elle a eu une métrorrhagie qui a duré jusqu'à la fin de juillet 1891. A cette époque, nous lui fîmes un curetage, depuis lequel les règles sont régulières et peu abondantes. Actuellement même elle a presque de l'aménorrhée. Elle perd très peu en blanc ordinairement, un peu plus, quand elle est fatiguée.

Le malade n'accuse à gauche aucune douleur, mais à droite des douleurs très vives, continues, exagérées au moment des règles.

Coût intolérable. Impossibilité de travailler.

Envies continues de dormir. Maux de tête, bouffées de chaleur, palpitations. Inappétence. Anémie.

On sent au toucher l'ovaire droit, triplé de volume, adhérent, douloureux.

La cicatrice est parfaite. Nous conseillons à cette femme l'ablation de l'ovaire qu'on lui a laissé.

OBSERVATION 3.

La nommée P., femme M., 30 ans, opérée à Pascal le 11 juin 1891.

DIAGNOSTIC. — SYMPTÔMES PRINCIPAUX. — *Dégénérescence scléro-kystique des ovaires*. Aménorrhée pendant un an, étant jeune fille. Quatre fausses couches consécutives. *Ménorrhagies* et *dysménorrhée*. Douleurs abdominales plus vives à gauche et plus marquées depuis 8 mois. Curetage sans résultat.

NATURE DE L'OPÉRATION. — Ablation bilatérale des annexes.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — Guérison. Sortie le 19 juillet 1891.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Nous n'avons pas revu cette femme ; mais nous avons reçu d'elle le 26 avril 1893, une lettre pleine de reconnaissance à l'égard de M. Pozzi, son opérateur. Elle nous écrit qu'elle ne souffre plus du tout et que son « *état de santé n'a jamais été meilleur que depuis l'opération* ». Nous ne pouvons guère souhaiter de meilleures nouvelles ; nous regrettons seulement qu'un examen complet ne nous ait permis de fournir sur cette femme un peu plus de détails.

OBSERVATION 4.

La nommée Sch... Eugénie, femme S..., âgée de 36 ans, entrée le 12 janvier 1892, salle Pascal A, lit n° 2.

ANTÉCÉDENTS. — Réglée à 15 ans 1/2, d'une façon très régulière d'abord pendant 18 mois. Au bout de ce temps, à la suite, dit-elle, d'une vive contrariété, ménorrhagie abondante qui dura de 10 à 12 jours, et après laquelle les règles furent supprimées pendant 2 ans (*Aménorrhée complète*). A 20 ans, premier accouchement normal ; à 22 ans, deuxième accouchement. Pas de douleurs dans le ventre et pas de fièvre consécutivement ; mais pendant 10 mois, hémorrhagies graves avec caillots, durant de 3 à 6 semaines, cessant de 8 à 15 jours, reprenant de même. A 24 ans, troisième accouchement normal ; à 28 ans, quatrième accouchement. Deux mois après cette dernière couche, la malade revoit

ses règles : elles durent 8 jours et sont accompagnées de vives douleurs abdominales.

Il y a 3 ans, fausse couche de 2 mois, suivie d'une hémorrhagie qui a duré 20 jours.

Depuis lors, la malade éprouva toujours de fortes douleurs du côté gauche du ventre ; ses règles reparurent irrégulières, abondantes, d'une durée de 8 à 15 jours, et cessant pendant un même laps de temps pour reparaitre ensuite.

Pour remédier à tous ces troubles, on lui fit subir un premier curetage, au mois de mai 1889, à l'hôpital S. Joseph. Pendant quinze jours, elle cessa de perdre ; puis le sang reparut de plus belle. En avril 1890, 2^e curetage fait à l'Hôtel-Dieu et suivi du même insuccès. Hémorrhagies à peu près continues et abondantes.

En l'examinant, on constate que l'utérus est gros et rétroversé : l'ovaire gauche est triplé de volume, bosselé, irrégulier, comme semé de petits kystes ; l'ovaire droit est aussi volumineux, prolabé et adhérent dans le cul-de-sac de Douglas.

DIAGNOSTIC VÉRIFIÉ PAR L'OPÉRATION. — *Dégénérescence kystique des ovaires.*

NATURE DE L'OPÉRATION ET EXAMEN DES PIÈCES. — *Laparotomie, ablation bilatérale des annexes*, le 15 janvier 1892. Les deux ovaires enlevés sont de la grosseur d'un petit œuf de poule, mous, œdémateux, blanchâtres et semés à la surface de petits kystes de la grosseur d'un grain de millet. Il n'existe pas de kyste dans l'intérieur du parenchyme. Les trompes sont saines.

L'examen histologique fait par M. Latteux a révélé l'existence de deux sortes de kystes : les premiers, d'origine folliculaire, les seconds d'origine lymphatique.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — Guérison. Sortie le 8 février 1892.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Revue le 8 octobre 1893. Pendant le mois qui a suivi l'opération, cette femme n'a pas souffert ; puis, des douleurs vives sont survenues du côté droit, mais intermittentes et quelquefois restant un mois sans se manifester. La malade les compare à des élancements, à des brûlures ou de simples cuissons qui siègent à droite et ne sont pas du tout perçues à gauche.

Les règles si abondantes autrefois ne sont pas du tout revenues. Pas de pertes blanches.

Bouffées de chaleur fréquentes, mais très fugaces, se manifestant quinze ou vingt fois dans une journée, d'autres fois à deux ou trois reprises seulement. Sueurs abondantes. Maux de tête presque continuels, localisés à la nuque. Pas de palpitations.

Modification de caractère, irascibilité. Mauvaise humeur permanente. Hypochondrie. Apathie ; insouciance.

Cette femme a constaté également qu'elle avait beaucoup perdu la mémoire surtout pour les choses récentes.

Quelques maux d'estomac. Digestions lentes, pénibles. Appétit très bon. Embonpoint d'abord rapide, puis amaigrissement depuis trois mois.

Sensations génitales normales, peut-être un peu moins rapides qu'avant l'opération.

Cette ancienne opérée déclare, en résumé, que bien qu'elle soit vite fatiguée et puisse difficilement travailler, elle préfère de beaucoup son état actuel à ce qu'il était avant l'opération. Cicatrice solide, linéaire. Cul-de-sac vaginal gauche très souple, cul-de-sac droit sensible à la pression. Utérus en rétroversion adhérente et un peu atrophié.

OBSERVATION 5.

La nommée G..... Estelle, femme P...., 26 ans, opérée à l'hôpital Pascal, le 12 mars 1892.

DIAGNOSTIC COMPLÉTÉ PAR LA LAPAROTOMIE. — SYMPTOMES PRINCIPAUX . — *Ovarite scléro-kystique bilatérale*. — *Kyste de l'ovaire droit*. — *Varicocèle tubo-ovarien double*. — Règles irrégulières ; dysménorrhée ; douleurs abdominales plus vives à gauche. Syndrôme utérin.

NATURE DE L'OPÉRATION ET EXAMEN DES PIÈCES. — Ablation bilatérale des annexes et d'un kyste de l'ovaire droit du volume d'une orange. A droite, outre l'existence du kyste, on constate que le ligament large contient de très grosses veines turgescents et que le tissu ovarien est parsemé de petits kystes. A gauche, l'ovaire est criblé de petits kystes séreux sur toute sa surface. Il existe en outre un varicocèle tubo-ovarien plus marqué qu'à droite. Les trompes sont saines.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — Guérison. Sortie le 30 avril 1892. Réunion par première intention.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Cette femme, revue par nous au mois d'octobre 1893, nous raconte qu'après son opération, elle a souffert encore pendant 3 mois, des deux côtés du ventre, et sans pouvoir travailler. Mais, depuis lors, elle n'éprouve que des douleurs du côté gauche seulement et au moment des règles, ou bien lorsqu'elle s'est par trop fatiguée. Ces douleurs s'irradient vers le rectum et l'anus ; elles sont très supportables, dit-elle, mais aussi vives à gauche qu'elles l'étaient avant d'être opérée.

Les règles sont très irrégulières, apparaissent quelquefois tous les 15 jours, quelquefois tous les mois, durent chaque fois 4 ou 5 jours, comme avant l'opération, mais sont bien moins pénibles, supportables et peu abondantes. Elle a quelques pertes blanches.

Quelques bouffées de chaleur, pas de sueurs, pas de palpitations.

Quelques maux d'estomac ; maux de tête.

Elle n'a constaté aucun changement dans son caractère ou sa mémoire.

Elle n'a pas engraisé. Rapports sexuels non modifiés.

Cicatrice solide ; pas d'éventration, pas d'atrophie de l'utérus.

OBSERVATION 6.

La nommée L.... Marie, mécanicienne, 27 ans, opérée à Pascal, le 30 mars 1892.

DIAGNOSTIC COMPLÉTÉ PAR L'OPÉRATION. — TROUBLES PRINCIPAUX. — Dégénérescence scléro-kystique des ovaires. — *Dysménorrhée intense* ; règles toujours irrégulières et douloureuses. — Dans les derniers mois, douleurs terribles obligeant la malade à garder le lit.

NATURE DE L'OPÉRATION. — Ablation bilatérale des annexes. — Les ovaires, augmentés de volume, étaient œdémateux et criblés de kystes du volume d'un pois ou d'un haricot. Les trompes étaient saines.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — Guérison. Sortie le 24 avril 1892, après réunion de la plaie par première intention.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Revue par nous le 10 octobre 1893. Jamais les grandes douleurs qu'elle éprouvait autrefois ne sont revenues, depuis l'opération. Actuellement et depuis six mois, elle souffre seule-

ment un peu du côté droit, quand elle est fatiguée. Elle compare ces douleurs à de simples cuissons localisées à droite.

Elle a eu une métrorrhagie, six mois après l'opération. Depuis lors, elle n'a plus perdu. — Pertes blanches très peu abondantes.

Bouffées de chaleur très fréquentes s'accompagnant de sueurs et de sensations de chaud et de froid successives. Eblouissements et étourdissements. Ces malaises sont moins fréquents depuis deux mois, et diminuent sous l'influence d'un simple purgatif.

Maux de tête avec douleur frontale et sensation d'étau.

Besoins de dormir très fréquents. — Embonpoint notable.

Bizarrie de caractère — irascibilité. Tantôt apathique, « se moquant de tout » ; tantôt irritable et « se mettant dans des colères terribles ». Pleure et rit sans raison.

Mémoire diminuée. « Elle oublie ses commissions, ne se rappelle pas le nom d'une personne qu'elle vient de quitter ». Depuis quelque temps, cependant, elle constate de l'amélioration dans ces troubles psychiques. Maux d'estomac — digestions lentes.

Cicatrice solide, un peu douloureuse à la pression. — Utérus atrophié, à peine du volume d'un œuf de pigeon. — Culs-de-sac souples, un peu sensibles, surtout à droite. — Malgré ces quelques malaises, cette femme peut travailler régulièrement et gagner sa vie ; elle se félicite de s'être fait opérer.

OBSERVATION 7.

La nommée P... Adrienne, femme F....., âgée de 37 ans, ménagère, entrée le 9 février 1892, salle Pascal A, lit n° 15.

OVARITE SCLÉRO-KYSTIQUE. — KYSTES SOUS-TUBAIRES. — TROMPES SAINES. — TROUBLES NERVEUX TRÈS ACCENTUÉS AVANT L'OPÉRATION. — ABLATION DES ANNEXES.

ANTÉCÉDENTS. — Cette malade est réglée régulièrement depuis l'âge de 16 ans ; elle a eu 7 accouchements, tous à terme ; le 1^{er} date de 20 ans, il a été normal ; le 2^e et le 3^e se sont également bien passés. Après son 4^e accouchement qui remonte à dix ans, en 1882, la malade aurait eu le jour même de ses couches une grande frayeur qui lui aurait fait perdre connaissance pendant cinq ou six heures.

C'est du reste une malade extrêmement nerveuse et qui a surtout des attaques de nerfs. Après cet accouchement, elle aurait eu aussi des pertes rouges abondantes, et elle commence à souffrir de douleurs dans le ventre. — Elle a encore un 5^e, puis un 6^e accouchement. Enfin, il y a 2 ans, elle accouche pour la 7^e fois, et présente alors des accidents nerveux particuliers ; ils nous sont rapportés par M. le D^r Lemarigniez, médecin de la malade.

Celle-ci étant enceinte et presque à terme, le 6 juin 1890, a deux heures de l'après-midi, tombe brusquement à terre sans connaissance, à la suite d'une discussion avec une voisine. Le médecin appelé une heure après, constate l'aspect d'une attaque de sommeil : la malade est dans la résolution complète ; seul, le réflexe palpébral existe encore faiblement.

M. Lemarigniez nous assure qu'il ne s'agissait pas de catalepsie. La compression de l'ovaire gauche a ranimé la malade, mais incomplètement ; elle ouvre les yeux, pousse un profond soupir, fait signe qu'elle comprend ce qu'on lui dit, et, à force d'insistance, finit par prononcer quelques paroles. La cessation de la compression la fait retomber dans l'attaque de sommeil. Cet état persiste jusqu'au lendemain, vers 9 heures du matin. La malade entre alors à la Pitié dans le service de M. Maygrier ; on y constate la présence d'albumine dans les urines.

Elle reste quatre jours dans le même état de mutisme hystérique, entendant parfaitement ce qui se disait autour d'elle, mais dans l'impossibilité d'articuler seulement la moindre parole.

Au bout de quatre jours, elle recouvre spontanément le matin en se réveillant l'usage de la parole. Plusieurs séances d'hypnotismes pratiquées par un interne de la Salpêtrière n'avaient pas donné de résultat.

Au bout de douze jours, la malade éprouvait encore une certaine difficulté à articuler quelques mots.

Au bout de vingt jours, son rétablissement était complet et, cinq ou six jours plus tard, le 30 juin, elle accouchait normalement et à terme d'un enfant vivant.

Malgré les réflexions qu'ils nous ont suggérées, les accidents ne doivent pas être mis, d'après le médecin de la malade, sur le compte de l'éclampsie.

A noter après cet accouchement, une métrite caractérisée surtout par des pertes blanches et des règles abondantes, que M. Balzer soigna médicalement, sans résultat appréciable.

Le 9 février 1892, la malade entre à Pascal, se plaignant surtout de pertes et de douleurs très vives dans les côtés, s'exagérant au moment des menstrues.

Un curettage supprime les pertes, mais les douleurs persistent surtout du côté gauche ; la laparotomie est décidée, elle est justifiée par les souffrances continuelles de la malade et par l'examen physique qui révèle l'existence de gros ovaires prolabés dans le cul-de-sac de Douglas et douloureux à la pression. Les trompes semblent saines. Nous avons remarqué que les deux fois où la malade a été chloroformée, il a été très difficile d'obtenir un sommeil absolu, malgré une dose relativement forte de chloroforme.

LAPAROTOMIE le 6 avril 1892. — ABLATION BILATÉRALE DES ANNEXES. — Les ovaires, peu adhérents par quelques filaments, sont enlevés sans difficulté ; ils sont scléro-kystiques.

Les trompes sont saines, mais, de chaque côté, il existe des kystes sous-tubaires, de la grosseur d'un haricot.

Les ovaires ressemblent à un œil atteint de staphylome ; ils sont hérissés de mamelons brunâtres provenant de kystes sanguins, et parsemés des tâches blanches, fibreuses.

A la coupe, les ovaires sont scléreux, œdématiés ; ils contiennent des kystes gros comme des pois. Il s'agit en somme d'ovarite sans salpingite.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — Guérison. Sortie le 1^{er} mai 1892, après réunion par première intention.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Nous avons revu cette femme le 8 octobre 1893. Elle n'a *pas souffert depuis son opération, et n'a plus eu d'attaque de nerfs*. Elle ne se plaint que de temps en temps de maux de reins, mais ne ressent aucune douleur dans le ventre.

Ses règles ne sont pas revenues. Elle a quelques pertes blanches légères, depuis qu'elle a contracté, il y a 15 mois, une blennorrhagie avec son mari.

Elle éprouve de fréquentes bouffées de chaleur, revenant plusieurs

fois dans une même journée, et plus particulièrement vers le soir.

Palpitations fréquentes qui existaient déjà auparavant et auraient augmenté depuis l'opération.

Elle se plaint de maux de tête et d'une pesanteur cérébrale indéfinissable, qui fait, dit-elle, qu'elle « n'a plus d'idées du tout ». Elle oublie ce qu'elle vient de dire ou de faire (amnésie). Elle a des envies insatiables de dormir. Son caractère, prétend-elle, a également changé; elle est devenue très irascible; s'ennuie, demeure triste et hypocondriaque; est prise quelquefois de véritables accès de misanthropie. Elle n'a plus d'attaques de nerfs, mais se déclare plus énervée, d'une façon générale, qu'avant l'opération.

Ses digestions sont lentes, difficiles. Elle a souvent des vomissements et des indigestions. Toutefois, elle a engraisé.

Cicatrice linéaire, solide, pas d'éventration; culs-de-sac souples, un peu douloureux à gauche, utérus atrophié.

Pour terminer, nous demandons à cette femme, quelle différence elle fait entre son état actuel et celui antérieur à son opération. Elle nous répond en toute sincérité qu'elle se trouve beaucoup mieux maintenant, et que l'opération lui a rendu un grand service, en supprimant ses attaques des nerfs qui l'empêchaient de sortir et en lui permettant de travailler.

OBSERVATION 8.

La nommée F... Thérèse, femme C..., 28 ans, concierge, opérée à Pascal, le 20 février 1891.

DIAGNOSTIC. — *Pyosalpinx et périmétrosalpingite* gauches; fortes adhérences à l'intestin. Salpingite atrophique droite. Première poussée aigue de pelvipéritonite datant de 2 ans à la suite d'une fausse couche. Deuxième poussée depuis 8 mois.

NATURE ET PARTICULARITÉS DE L'OPÉRATION. — EXAMEN DES PIÈCES. — Ablation bilatérale des annexes; dissection de l'S iliaque. Lavage du péritoine. Drainage par mèche de gaze iodoformée. Adhérences très tenaces, non seulement au pelvis mais à l'intestin. Durée de l'opération: 40 minutes.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — Guérison après réunion par première intention. Cicatrice de 7 cent. 1/2. Sortie le 20 mars.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Cette malade a été revue par nous le 3 avril 1893. Elle ne souffre plus depuis son opération.

Elle a eu des « pertes rouges » huit mois après l'opération. Celles-ci se sont répétées 3 ou 4 fois puis ont disparu pendant 5 ou 6 mois pour reparaitre de nouveau régulièrement chaque mois pendant 3 mois. Elles duraient chaque fois 5 ou 6 jours. Ces pertes ont actuellement tout à fait disparu depuis 3 mois. Pas de pertes blanches.

Quelques bouffées de chaleur et des maux de tête avec sensation d'étouffement de temps en temps.

Les sensations génitales sont plutôt accrues que diminuées depuis l'opération.

La cicatrice est solide. Il n'y a point d'éventration.

En résumé, cette femme se trouve dans un état de santé très bon ; elle a engraisé modérément et peut exercer sans fatigue son métier très pénible de blanchisseuse.

OBSERVATION 9.

La nommée A... Joséphine, femme M..., 44 ans, opérée à Pascal, le 24 avril 1891.

DIAGNOSTIC. — *Pyosalpinx gauche*. — *Salpingo-ovarite parenchymateuse droite*. — *Adhérences intestinales très fortes*.

NATURE ET PARTICULARITÉS DE L'OPÉRATION. — EXAMEN DES PIÈCES.
— Ablation bilatérale des annexes. La trompe gauche forme une tumeur incluse dans le ligament large, accolée à l'utérus. Il en sort par la ponction un litre environ de pus. On l'énuclée et la dissèque à coups de ciseaux, l'intestin adhérent à sa face postérieure. La trompe droite est épaissie, elle adhère intimement au bassin et à l'utérus. Tamponnement de Mikulicz.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — Réunion par première intention. La malade sort guérie le 24 mai 1891.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Ces résultats nous ont été fournis le 2 avril 1893 par le médecin de la malade :

« Pendant l'année qui a suivi l'opération, légères douleurs limitées à l'aîne gauche. Actuellement elles ont complètement disparu.

Réapparition des règles 2 mois après l'opération. La malade est ré-

glée tous les 2 mois, de plus en plus abondamment. Jamais de pertes blanches.

Maux de tête constants. Bouffées de chaleur et palpitations de temps à autre, surtout aux époques menstruelles. La malade est plus nerveuse qu'avant l'opération. Les rapports sexuels ont lieu comme avant.

La malade *peut faire son travail journalier* et résiste assez bien à une fatigue modérée. *Elle est très satisfaite de l'opération qui lui a rendu la santé* ».

OBSERVATION 10.

La nommée S. . . , Antoinette, 23 ans, passementière ; opérée à Pascal, le 23 mars 1891.

DIAGNOSTIC. — *Pyohématosalpinx gauche*. — *Salpingite parenchymateuse Hypertrophique gauche*. — Ovaires polykystiques. — Kyste du ligament large gauche.

NATURE ET PARTICULARITÉS DE L'OPÉRATION. — EXAMEN DES PIÈCES. — Ablation bilatérale des annexes. A gauche la tumeur tubaire est adhérente au bassin et au gros intestin, elle est difficile à décortiquer ; elle a le volume d'un œuf de dinde et contient un mélange de pus et de sang. La trompe droite est épaissie, enfoncée dans les adhérences. Ovaires polykystiques.

Drainage par mèche de gaze iodoformée.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — La plaie opératoire est désunie par la suppuration ; mais la réunion secondaire est bonne. Le 3 avril, la malade évacue par le rectum un verre de pus. Elle sort guérie le 28 avril 1891.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — La malade a été revue en avril 1893 par M. Salmon interne du service.

Elle n'éprouve aucune douleur depuis l'opération.

Elle ne se plaint que de pertes blanches. Elle est très régulièrement réglée. Rien de changé dans les rapports sexuels.

L'utérus est un peu atrophié, indolore à la pression. Les culs-de-sac sont souples, non douloureux. Pas d'éventration.

Une simple injection intra-utérine de teinture d'iode après dilatation avec les bougies d'Hégar a fait cesser la leucorrhée.

En résumé l'état de la malade est excellent.

OBSERVATION 11.

La nommée P... Marie, femme D... 32 ans, ménagère, opérée à Pascal, le 30 avril 1891.

DIAGNOSTIC. — *Pyosalpinx double*. — *Abcès pelviens*. — *Adhérences à l'intestin, l'utérus et le bassin*.

NATURE ET PARTICULARITÉS DE L'OPÉRATION. — EXAMEN DES PIÈCES. — Ponction des poches purulentes. A gauche, impossibilité d'énucléer complètement les poches purulentes; évacuation du pus; nettoyage et enlèvement des fongosités. A droite, ablation des annexes après ponction et ligature de la trompe kystique. Éviscération. Dissection aux ciseaux et au thermo-cautère d'une anse intestinale incluse dans la paroi d'une des tumeurs. Ligature de l'artère utérine. Lavage du péritoine. Drainage de Mikulicz.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Cicatrisation de la plaie abdominale sans fistule après désunion superficielle. La malade sort guérie le 21 juin.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — Le 4 avril 1893, une lettre de la malade nous donne les renseignements qui suivent :

Elle ne souffre plus; elle n'a eu que quelques douleurs peu intenses du côté droit durant les premiers mois qui ont suivi l'opération.

Un mois après sa sortie, elle a eu des hémorrhagies abondantes qui ont duré 15 jours. Ces hémorrhagies se sont reproduites pendant plusieurs mois; mais depuis un an la malade perd régulièrement toutes les trois semaines. Pas de pertes blanches.

Quelques bouffées de chaleur, maux de tête et palpitations passagers.

La malade est un peu plus nerveuse qu'avant l'opération.

Les rapports conjugaux sont normaux.

En résumé, la malade peut faire son travail à la condition de ne point trop se fatiguer. Elle se considère comme infiniment mieux qu'avant l'opération.

OBSERVATION 12.

La nommée B... Marie, veuve J..., 40 ans, opérée à Pascal, le 25 juin 1891.

DIAGNOSTIC. — *Pyosalpinx double adhérent à l'intestin*.

NATURE ET PARTICULARITÉS DE L'OPÉRATION. — EXAMEN DES PIÈCES. — Ablation bilatérale. La trompe gauche forme une tumeur kystique pu-

rulete du volume d'un œuf de poule, très adhérente au pelvis et aux anses intestinales ; elle a été décortiquée à l'aide des ongles. Mêmes lésions et mêmes manœuvres pour la trompe droite ; quelques gouttes de pus se sont écoulées dans le péritoine. Lavage du péritoine. Drainage par une simple mèche de gaze iodoformée.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — La malade sort guérie le 1^{er} août 1891.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Elle a été revue par nous le 3 avril 1893 ; puis le 24 du même mois. Il existe encore des douleurs abdominales, mais ces douleurs sont bien moins vives qu'avant l'opération et cèdent, paraît-il, à l'emploi d'un purgatif. La malade a perdu en blanc l'année dernière et un curetage a dû lui être fait le 7 mai 1893 ; depuis, les pertes blanches sont très peu abondantes et rares. Elle n'a jamais perdu en rouge ; elle dit seulement perdre de temps en temps un peu de sang et des glaires par l'anus.

La malade est très hypocondriaque ; elle l'était d'ailleurs avant l'opération, elle est très nerveuse, très impressionnable et attribue ses maux et ses douleurs à une nouvelle affection de la matrice. C'est une neurasthénique. Elle présente des bouffées de chaleur, des sueurs et quelquefois des épistaxis tous les mois.

L'utérus est atrophié mais mobile ; les culs-de-sac sont souples ; il est impossible d'y sentir la moindre tumeur ou le plus léger empâtement. L'examen de l'anus permet de constater l'existence d'une leucorrhée mais il n'y a point d'hémorroïdes, et le toucher rectal est absolument négatif.

En résumé malgré ses quelques douleurs et ses troubles nerveux, la malade est dans un état très satisfaisant, elle peut travailler, ce qui lui était impossible avant l'opération. Elle doit seulement se reposer une journée tous les 15 jours.

OBSERVATION 13.

La nommée B..., femme L..., 41 ans, couturière, opérée à Pascal, le 2 juillet 1891.

DIAGNOSTIC ET SYMPTÔMES PRINCIPAUX. — *Pyosalpinx double*. — *Accidents et douleurs remontant à plus de 10 ans*. — *Evacuation d'abcès pelviens par le rectum*.

NATURE ET PARTICULARITÉS DE L'OPÉRATION. — EXAMEN DES PIÈCES. —

Ablation bilatérale des annexes. Du côté gauche, poche purulente du volume des deux poings formée par la trompe et l'ovaire, très adhérente au pelvis et à l'intestin ; cette poche se rompt pendant les manœuvres de décortication et il s'en écoule un litre environ de pus dont une petite quantité tombe dans le péritoine. Adhérences au colon descendant et à l'appendice qui est rejeté à gauche et presque soudé à la trompe. Lavage du péritoine. A droite la trompe et l'ovaire forment de même une tumeur du volume d'une orange très adhérente au pelvis et à l'utérus ; elle est enlevée sans rupture. Légère hémorrhagie due à la rupture des adhérences et arrêtée par un tamponnement de Mikulicz. Lavage du péritoine.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — La fistule abdominale s'est fermée lentement, mais la cicatrisation s'est faite finalement. Albuminurie légère disparue avec la fistule. La malade sort guérie le 13 novembre 1891.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Cette malade a été revue par nous le 6 septembre 1893. Pendant les neuf mois qui ont suivi son opération, la malade a souffert légèrement du ventre et a conservé une fistule abdominale. Au bout de ce temps, elle a rendu spontanément par son trajet fistuleux deux anses de fil de soie.

Depuis, la fistule s'est complètement oblitérée et les douleurs ont entièrement disparu.

A partir de cette époque également, la malade qui ne perdait jamais depuis l'opération, et qui n'avait point revu ses règles, perd régulièrement tous les mois, pendant 8 jours, assez abondamment. Au début ces pertes s'accompagnaient de douleurs et de malaise obligeant la malade à garder le lit au moins pendant un jour. Depuis près d'un an, ces métrorrhagies sont moins abondantes et ne s'accompagnent plus d'aucune douleur. Leucorrhée légère. Pas de maux de tête, de palpitations, de bouffées de chaleur. Rien du côté des urines ou du rectum. Les sensations génitales ne sont point diminuées.

L'utérus est immobilisé au milieu du bassin ; le cul-de-sac gauche est un peu sensible à la pression.

La cicatrice est solide ; il n'y a point d'éventration. La malade n'a jamais porté de ceinture.

Son état général est excellent ; elle a bon appétit et a engraisié notablement.

En résumé, elle est dans un état local et général absolument parfait.

OBSERVATION 14.

La nommée, J... Joséphine, 24 ans, opérée salle Pascal A, le 27 juillet 1893.

DIAGNOSTIC. — Salpingite parenchymateuse double ; ovarite suppurée double.

NATURE ET PARTICULARITÉS DE L'OPÉRATION. — Ablation bilatérale des annexes. A gauche, la tumeur formée par les annexes est facilement enlevée ; à droite, elle adhère intimement au gros intestin et à la face postérieure du ligament large. La rupture de ces adhérences amène l'évacuation d'un peu de pus. Dissection de l'anse intestinale adhérente. Lavage du péritoine. Drainage par une mèche de gaze iodoformée.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — Guérison. Sortie le 20 août 1892. Réunion par première intention.

RÉSULTATS TARDIFS. — Le 16 avril 1893, 9 mois après l'opération, cette femme nous a déclaré qu'elle n'avait plus du tout souffert du ventre. Ses règles n'ont pas reparu. Pas de pertes blanches.

Cinq ou six fois par jour, elle éprouve de violentes bouffées de chaleur avec transpiration abondante qui durent chaque fois cinq ou six minutes. Elle ressent tous les mois d'assez pénibles maux de tête qui durent chaque fois trois ou quatre jours. Enfin, elle se plaint encore souvent de picotements et d'agacements avec cuissons à la peau (séborrhée sèche à poussées aiguës). Ces malaises n'existaient pas, dit-elle, avant l'opération.

Pas de troubles nerveux, pas d'embonpoint. Appétence sexuelle très faible, comme avant l'opération. Au toucher, rien d'anormal ; fond de l'utérus difficilement perceptible. Cicatrice solide, un peu élargie seulement. Pas d'éventration. Cette femme qui, avant d'être opérée, était dans l'impossibilité de gagner sa vie, est capable maintenant de faire sans fatigue un travail fort pénible.

OBSERVATION 15.

La nommée B... Antoinette, 24 ans, modiste, opérée à Pascal, le 25 avril 1891.

DIAGNOSTIC. — *Pyosalpinx gauche*. — *Salpingite parenchymateuse du côté droit* et ovarite scléro-kystique.

NATURE ET PARTICULARITÉS DE L'OPÉRATION. — EXAMEN DES PIÈCES. — Ablation bilatérale des annexes. A gauche, les adhérences sont si fortes que les annexes sont enlevées par dilacération. On peut cependant les pédiculiser, mais en laissant un lambeau d'ovaire qui est détruit par le thermo-cautère. A droite : ovaire bourré de petits kystes, pavillon de la trompe oblitéré.

Durée de l'opération : 25 minutes.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — Sortie guérie le 23 mars 1891.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Cette malade a été revue le 31 août 1893.

Elle n'a point souffert depuis son opération.

Elle perd tous les mois en rouge pendant 8 à 10 jours assez abondamment.

Point de pertes blanches.

Quelques maux de tête assez rares et quelques bouffées de chaleur.

La malade déclare que son caractère a changé, qu'elle est devenue capricieuse, taciturne, émotiounable. Elle a de fréquentes envies de dormir et des cauchemars. Sa mémoire aurait diminué ; elle aurait souvent des absences. Sa voix est plus grave, un peu enrouée. Elle ne peut plus chanter. Les rapports sexuels sont normaux.

L'utérus est atrophié, du volume d'une noix. Les culs-de-sac sont souples, le gauche un peu douloureux à la pression et légèrement empâté.

Le cicatrice est solide. Il n'y a point d'éventration.

En somme l'état général est bon et le malade présente un embonpoint modéré.

OBSERVATION 16.

La nommée M... Léonie, 36 ans, bijoutière, opérée à Pascal, le 17 juillet 1891.

DIAGNOSTIC. — *Ovarite suppurée et salpingite parenchymateuse des deux côtés.*

NATURE ET PARTICULARITÉS DE L'OPÉRATION. — EXAMEN DES PIÈCES. — Ablation bilatérale des annexes après des manœuvres assez violentes de décortication à cause des adhérences considérables et très fortes. Des deux côtés les ovaires présentaient des abcès ; les trompes étaient oblitérées et leurs parois avaient un centimètre d'épaisseur.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — La malade sort guérie le 6 septembre 1891.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Elle est revue par nous le 26 juin 1893.

Pendant les deux mois qui ont suivi l'opération, elle a présenté quelques petites douleurs sous forme d'élançements des deux côtés du ventre ; mais depuis ce temps elle ne souffre plus. C'est à peine si elle éprouve un très léger tiraillement dans les reins, et un point de côté insignifiant lorsqu'elle s'est beaucoup fatiguée.

Elle n'a point revu ses règles et n'a perdu ni en rouge ni en blanc depuis qu'elle a été opérée.

Elle n'a ni maux de tête, ni palpitations ; mais seulement une ou deux fois par jour quelques bouffées de chaleur passagères.

Elle se trouve plus nerveuse, plus irascible, mais elle n'a jamais eu de crises nerveuses. Les rapports sexuels sont les mêmes qu'avant l'opération.

La cicatrice est linéaire et solide ; il n'y a point de traces d'éventration.

La malade porte régulièrement sa ceinture.

En résumé la malade est dans un état excellent ; elle peut travailler, ce qui lui était impossible avant l'opération.

OBSERVATION 17.

La nommée G... Léonie, 36 ans, opérée à l'hôpital Lourcine-Pascal, le 28 mars 1892.

DIAGNOSTIC CONTROLÉ ET COMPLÉTÉ PAR L'OPÉRATION. — *Pyosalpinx double avec périméto-salpingite* (Poussée aiguë de périmétrite, quelques jours avant l'opération, avec nausées, vomissements, hyperthermie, douleurs abdominales vives, etc.....)

NATURE ET PARTICULARITÉS DE L'OPÉRATION. — Ablation bilatérale des

annexes. L'utérus et les annexes étaient englobés dans une seule masse résistante où il était difficile de trouver le plan de clivage pour pratiquer la décortication des tumeurs.

A droite, existe une tumeur du volume d'une tête de fœtus, fluctuante et très adhérente au bassin. Elle se déchire pendant les manœuvres de décortication, et il s'en écoule un flot de pus fétide, mélangé de sang. M. Pozzi parvient cependant à amener la tumeur à l'extérieur et à l'enlever.

A gauche, une tumeur moins volumineuse est accolée à la face postérieure de l'utérus ; elle se rompt également pendant la décortication et donne issue à du sang noir mélangé de pus. M. Pozzi l'enlève. Lavage du péritoine. Drainage de Mikulicz.

Examen des pièces. — A droite, la principale collection siégeait dans l'ovaire, mais la trompe, renflée en ampoule, au niveau de son pavillon oblitéré, contenait un liquide pyohématique analogue à celui de l'ovaire. A gauche, les lésions sont plus anciennes : la trompe épaissie est enroulée autour de l'ovaire et transformée en un cylindre gros comme l'index. L'ovaire renferme un grand kyste sanguin et un kyste séreux du volume du poing.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — Guérison après un peu de désunion de la plaie par suppuration de la paroi, et bonne cicatrisation secondaire consécutive. Sortie le 10 mai 1893.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Nous avons revu cette malade, le 17 avril 1893, c'est-à-dire plus d'un an après son opération.

Elle ne souffre plus, si ce n'est au moment de ses pertes, et encore ses douleurs sont, dit-elle, très tolérables. Cinq mois après son opération elle a perdu pour la première fois en rouge ; ces métrorrhagies, sauf pendant une interruption de deux mois qui vient de finir sont revenues régulièrement chaque mois, et ont duré chaque fois avec assez d'abondance pendant 3 jours. Pas de pertes blanches.

Avant l'apparition de ces métrorrhagies presque régulières, la malade avait des bouffées de chaleur revenant plusieurs fois dans une journée, des sensations d'étouffement, des palpitations, etc... Ces malaises sont, dit-elle, beaucoup moindres, depuis qu'elle perd en rouge ; elle ne les

éprouve plus maintenant que fort rarement, tous les mois ou tous les deux mois.

Elle a un peu engraisé dans les premiers mois qui ont suivi l'opération, mais cet embonpoint s'est arrêté.

Pas de troubles nerveux, pas de modifications de la voix ni des sensations génitales. Pas de changement de caractère.

La malade déclare elle-même, en résumé, qu'elle éprouve « un très grand bonheur de se porter si bien après avoir été si malade ». Tandis qu'avant d'être opérée, elle ne pouvait travailler, elle peut actuellement sans fatigue exercer son métier de couturière et, prétend-elle, marcher beaucoup sans en éprouver aucune gêne.

Au toucher, les culs-de-sac sont libres, l'utérus petit et mobilisable sans douleurs. La cicatrice abdominale est étoilée, mais solide. Pas d'éventration.

OBSERVATION 18.

La nommée L... Mathilde, 22 ans, opérée à l'hôpital Pascal, le 29 juillet 1892.

DIAGNOSTIC COMPLÉTÉ PAR L'OPÉRATION. — *Pyosalpinx double* en voie de transformation parenchymateuse. Ovaires kystiques ayant suppuré.

NATURE ET PARTICULARITÉS DE L'OPÉRATION. — Ablation bilatérale des annexes. Les annexes gauches sont retenues aux parois du bassin par des adhérences filamenteuses qui sont facilement rompues. Le pédicule qui est très court est lié au fond de la plaie. A droite, les annexes sont encore plus adhérentes, si bien qu'une partie du pavillon de la trompe reste attachée aux parois pelviennes. La tumeur un peu plus volumineuse qu'à gauche est pédiculisée et liée au fond de la plaie.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — Guérison. Sortie le 27 août 1892. Réunion par première intention.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Nous avons revu cette malade au mois d'août 1893, c'est-à-dire plus d'un an après son opération.

Elle n'a souffert, et encore très légèrement, que pendant les premières semaines qui ont suivi l'intervention chirurgicale. Depuis la fin de septembre 1892, elle n'a plus éprouvé la moindre douleur dans le ventre. Après une première perte assez grande, aussitôt après la laparoto-

mie, elle a eu encore 4 métrorrhagies qui ont duré chaque fois très abondamment pendant 8 jours : la première en septembre 1892, la seconde 3 mois plus tard en décembre, la troisième en mars 1893, la quatrième en juin 1893. Ces pertes rouges se sont ainsi reproduites assez régulièrement tous les 3 mois.

Elle ne perd en blanc que lorsqu'elle se fatigue beaucoup.

Après l'opération, elle a été incommodée pendant quelque temps par des bouffées de chaleur qui revenaient 5 ou 6 fois par jour. Elles ont à présent presque complètement disparu. Mais la malade se plaint d'éprouver souvent des palpitations dès qu'elle marche un peu vite ou monte rapidement un escalier. Elle est prise par instants d'éblouissements et de tremblements, comme si elle allait tomber. Elle est souvent couverte de sueurs profuses. Jamais elle n'a de maux de tête, tandis qu'elle en souffrait fréquemment avant d'être opérée. Ses digestions sont lentes et pénibles. Elle est constipée depuis 2 mois et a maigri un peu depuis la même époque. Ses urines sont sédimenteuses. Le matin, en se levant, elle éprouve une grande sensation de fatigue, et ressent pourtant le besoin de remuer, de changer de place. Il lui est presque impossible, dit-elle, de rester appliquée pendant quelques minutes à un travail quelconque.

Son caractère, dit-elle, s'est beaucoup modifié depuis qu'elle a été opérée. Elle se trouve toute autre ; tantôt, elle reste apathique et indifférente à ce qui se passe autour d'elle, et elle agit machinalement ; tantôt, au contraire, elle est nerveuse, manque de patience, est irascible, s'emporte pour une futilité. Elle nous déclare qu'elle a perdu la mémoire des choses récentes ; elle ne se souvient plus de l'endroit où elle a déposé un objet quelques minutes auparavant, elle oublie ce qu'elle vient de dire ou de faire. Elle garde au contraire le souvenir complet des choses anciennes. Elle paraît, en un mot, avoir surtout un peu d'*amnésie*.

Elle n'a pas remarqué de modifications du côté de sa voix. Ses sensations génitales sont plutôt accrues que diminuées.

Au toucher, culs-de-sac souples, non douloureux ; utérus atrophié, du volume d'une grosse noix verte. Cicatrice solide, pas d'éventration.

En résumé, elle nous dit : « si ce n'est que je me fatigue très vite, je

me trouve très bien. L'opération m'a rendu un grand service, et « je ne sais comment en exprimer ma reconnaissance à mes médecins ».

OBSERVATION 49.

La nommée T... Louise, femme V..., 26 ans, ménagère, opérée à Pascal, le 27 février 1891.

DIAGNOSTIC. — *Tubo-ovarite parenchymateuse double.*

NATURE ET PARTICULARITÉS DE L'OPÉRATION. — EXAMEN DES PIÈCES. — Ablation bilatérale des annexes. Annexes droites très adhérentes ; elles sont complètement déchiquetées et délacérées mais enlevées au complet. A gauche, annexes encore plus adhérentes, d'où nécessité de mettre la malade dans la position de Treudelenburg (adhérences en arrière au cul-de-sac de Douglas). Drainage par une mèche de gaze iodoformée placée en arrière de l'utérus. Les pièces examinées montrent l'existence d'une salpingite parenchymateuse chronique double. Les ovaires sont scléro-kystiques. Il y a de la périovarite.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — Réunion par première intention. La mèche est enlevée au bout de six jours. La malade sort guérie le 22 mars 1891.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Le 23 avril 1893, voici ce que M. le Dr Tolmer de Neuilly, médecin de la malade, a eu l'amabilité de nous écrire. (Il est à noter qu'avant l'opération la malade était tout à fait impotente) :

« Mme V... a eu quelques douleurs pendant les 3 mois qui ont suivi l'opération à l'époque des règles. Les règles ont continué à venir le 18 de chaque mois ; elles durent 4 jours, ne s'accompagnent d'aucune douleur. Au mois de novembre dernier, interruption de deux époques. Réapparition au mois de janvier sans douleurs, ni excès d'abondance dans l'hémorrhagie. Pendant les trois premiers mois qui ont suivi l'opération, chaque époque s'accompagnait de phénomènes congestifs du côté des voies respiratoires (la malade s'enrhumait, disait-elle, tous les mois). Pas de palpitations.

Actuellement la malade a vu ses règles le 20 février dernier ; depuis elle a passé deux époques sans rien voir. Cette interruption n'a été accompagnée d'aucun phénomène.

En somme l'opération a rendu un très grand service à la malade. Elle est établie fruitière et travaille de 5 heures 1/2 du matin à 10 heu-

res du soir sans se plaindre de fatigue. Elle n'a aucune perte blanche. Les rapports sexuels sont les mêmes qu'avant l'opération. Le poids de la malade qui était de 104 livres est actuellement de 132 ».

OBSERVATION 20.

La nommée B... Antoinette, 34 ans, opérée à l'hôpital Pascal, le 26 février 1892.

DIAGNOSTIC. — *Double salpingite parenchymateuse.*

NATURE DE L'OPÉRATION. — Ablation bilatérale des annexes qui étaient très adhérentes sur les côtés du petit bassin et à la face postérieure du ligament large. Enucléation difficile mais complète.

EXAMEN DES PIÈCES. — Trompe droite du volume du pouce, à pavillon oblitéré, à parois charnues, ne contenant aucun liquide (salpingite hypertrophique). L'ovaire droit, déchiré pendant l'opération, mais enlevé en totalité est scléreux et parsemé de kystes, de la grosseur d'un pois qui lui donnent un aspect mûriforme. Dans son ensemble, la tumeur formée par les annexes droites offrait à la vue et au toucher une ressemblance frappante avec une anse intestinale. A gauche ; lésions de la trompe et de l'ovaire analogues ; la trompe ne dépasse pas le volume du petit doigt, son pavillon est oblitéré, ses parois sont épaissies. L'ovaire est totalement scléreux. Il était accolé à la face postérieure du ligament large.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — Guérison ; sortie le 21 mars 1892, après réunion par première intention.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Cette femme a été revue par nous le 30 août 1893. Elle n'éprouve plus la moindre douleur dans le ventre.

Elle perd abondamment tous les mois, pendant 8 à 10 jours ; quelquefois un peu moins mais plus souvent. Elle n'a pas la moindre perte blanche.

Elle a rarement éprouvé quelques bouffées de chaleur ou quelques maux de tête.

Son caractère est changé et devenu, dit-elle, un peu fantasque. Elle pleure ou rit sans motif, se trouve beaucoup plus triste depuis l'opération. Elle a souvent des cauchemars ; éprouve un très grand besoin de sommeil.

Elle est très distraite, sujette à de fréquentes absences et a perdu beaucoup la mémoire.

Embonpoint moyen. Pas de maux d'estomac, très bon appétit.

Modifications du côté de la voix qui est plus grave, souvent enrouée. Elle ne peut plus chanter comme avant son opération.

Cicatrice solide ; pas d'éventration. Jamais la malade ne porte sa ceinture.

Utérus atrophié gros comme un petit œuf de pigeon.

Cul-de-sac droit souple, cul-de-sac gauche un peu empâté et douloureux à la pression.

Rapports sexuels non modifiés sous le rapport des sensations (ils étaient devenus impossibles avant l'opération, à cause des douleurs vives qu'ils provoquaient).

Cette malade s'estime fort heureuse d'aller aussi bien, elle peut vaquer sans aucune peine à ses occupations.

OBSERVATION 21.

La nommée C... Marthe, femme D..., 21 ans, opérée le 29 février 1892.

DIAGNOSTIC. — *Tubo-ovarite parenchymateuse double.*

NATURE DE L'OPÉRATION. — Ablation bilatérale des annexes. Celles-ci étaient enfouies complètement au milieu d'adhérences très résistantes qui comblaient le cul-de-sac de Douglas et maintenaient l'utérus adhérent par sa face postérieure. Rupture de ces adhérences et décortication des annexes. Trompes épaissies et oblitérées ; ovaires scléro-kystiques.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — Guérie. Sortie le 26 mars 1892, après réunion par première intention.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Nous avons revu cette femme en octobre 1893. Aucune douleur n'est revenue depuis son opération. Six mois après, elle a eu quelques petites pertes rosées qui n'ont duré que sept ou huit jours. Jamais elle n'a perdu depuis lors. Pas de pertes blanches.

Bouffées de chaleur très fréquentes avec sensations de froid puis de chaleur, revenant presque tous les quarts d'heure et s'accompagnant

d'une légère oppression. Maux de tête fréquents (sensation de pesanteur cérébrale). Palpitations assez fréquentes.

Caractère devenu irascible. Enervement. Elle s'agace pour un rien ; pleure et rit sans raison.

Altérations de la mémoire, surtout prononcée pour les faits récents.

Appétit médiocre ; pas de troubles de la digestion. Léger amaigrissement.

Rapports sexuels non modifiés.

Cicatrice solide, linéaire. Culs-de-sac souples, non douloureux ; utérus peu atrophié.

Cette femme peut travailler, ce qu'elle ne pouvait faire auparavant ; elle est seulement vite fatiguée et essoufflée.

OBSERVATION 22.

La nommée S... Virginie, Vve M..., âgée de 27 ans, concierge, opérée le 4 avril 1892 à l'hôpital Pascal.

DIAGNOSTIC. — *Salpingite parenchymateuse bilatérale. — Périméto-salpingite intense.*

NATURE ET PARTICULARITÉS DE L'OPÉRATION. — Ablation bilatérale des annexes. Il est nécessaire de mettre la malade dans la position dite de Trendelenburg pour explorer le petit bassin. Rupture des adhérences qui comblent le cul-de-sac de Douglas et y emprisonnent les annexes repliées de dehors en dedans et prolabées dans ce cul-de-sac où elles sont soudées entre elles. Décortication pénible. Drainage de Mikulicz, enlevé totalement au bout de quatre jours.

EXAMEN DES PIÈCES. — L'ovaire gauche scléro-kystique est intimement fusionné à la trompe ; celle-ci est oblitérée, très épaissie, et renferme une matière jaunâtre, analogue à du mastic. A droite, la trompe et l'ovaire moins fusionnés forment deux tumeurs accolées : la trompe a le volume du pouce ; son pavillon renflé et oblitéré forme une poche qui contient un gros grumeau de pus concret, à aspect de crème ; l'ovaire droit scléreux présente quelques kystes sanguins.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — Guérison. Sortie le 8 mai 1892, après réunion par première intention.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Revue par nous le 10 octobre 1893, cette

femme nous déclare qu'elle ne souffre depuis son opération que très légèrement au moment des règles, et quand elle est très fatiguée. Ces douleurs calmées par de simples injections chaudes sont un peu plus fréquentes à droite et ne se montrent que très rarement à gauche. Dans tous les cas, ce ne sont, dit la malade, que de simples picotements peu inquiétants.

Les règles, dit-elle, ont réapparu un mois après l'opération ; et, depuis lors, se montrent à peu près régulièrement tous les mois, n'avançant généralement que de trois ou quatre jours chaque fois. Elles ne sont pas ou sont peu douloureuses ; tandis qu'avant l'opération, elles étaient intolérables ; elles durent deux ou trois jours et sont à peu près aussi abondantes qu'autrefois. Quelques pertes blanches très légères.

Pas de bouffées de chaleur ; pas de migraines véritables, mais des maux de tête, dont elle souffrait d'ailleurs antérieurement ; pas de palpitations. Quelques crampes d'estomac qu'elle avait déjà avant d'être opérée.

Elle a d'abord beaucoup engraisé : puis, elle maigrit depuis quelque temps. Elle se trouve rapidement oppressée dès qu'elle fait un effort un peu continu ou marche un peu vite.

Léger changement de caractère. Moins de patience ; plus irascible. Hypochondrie.

En examinant la paroi abdominale, nous constatons une légère pointe de hernie au bas de la cicatrice, au niveau de l'ancien trajet du Mikulicz. Cette femme nous avoue qu'elle ne porte jamais sa ceinture.

Au toucher, on sent l'utérus un peu atrophié, mobile, latéroversé à droite ; le cul-de-sac droit est souple, non douloureux ; le gauche est légèrement sensible à la pression.

Cette femme présente un état général excellent, peut travailler et gagner sa vie.

OBSERVATION 23.

La nommée M... Anne-Marie, 44 ans, ménagère, opérée le 9 mai 1892 : à l'hôpital Pascal.

DIAGNOSTIC. — *Salpingite parenchymateuse double et rétroflexion adhérente.*

NATURE ET PARTICULARITÉS DE L'OPÉRATION. — Ablation *unilatérale* (des annexes droites). Rupture des adhérences qui maintiennent l'utérus fixé en arrière. Rupture de deux kystes séreux du volume d'un œuf, dépendant des annexes gauches. L'ovaire et la trompe gauches sont complètement fusionnés en arrière avec la face postérieure de l'utérus et le cul-de-sac de Douglas. Après évacuation de ces poches, on en laisse les débris en place, à cause de l'impossibilité de les amener au niveau de la plaie abdominale. Il est nécessaire de mettre la malade dans la position de Trendelenburg. L'ablation des annexes droites a été faite après décortication difficile ; elles étaient en effet repliées en sautoir en arrière de l'utérus et adhérentes à sa face postérieure. Hystéropexie. Tamponnement de Mikulicz.

EXAMEN DES PIÈCES. — L'ovaire droit porte trace d'une large déchirure provenant de son implantation dans le cul-de-sac de Douglas ; il est dégénéré, scléreux, œdémateux et parsemé de kystes sanguins. La trompe droite est renflée en massue au niveau de son pavillon, dilatée, de coloration lie de vin, mollassse. A la coupe, sa cavité dilatée est remplie par la muqueuse hypertrophiée et qui ressemble à la moëlle d'un os.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — Guérison. Sortie le 18 juin 1892, après réunion par première intention.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Revue par nous au mois d'octobre 1893. — Cette femme n'a plus souffert depuis son opération ; elle n'éprouve qu'un peu de pesanteur du côté droit, quand elle est fatiguée ; elle ne ressent aucune douleur à gauche.

Pendant les 2 premiers mois, elle n'a pas vu ses règles ; mais depuis, elles viennent régulièrement, ne sont pas douloureuses, pas très abondantes, durent 5 jours, beaucoup moins qu'avant son opération. Elle perd très peu en blanc.

Bouffées de chaleur peu fréquentes. Quelques palpitations. Elle se chagrine, dit-elle, plus facilement depuis son opération ; elle est beaucoup plus triste ; devient hypocondriaque.

Ses digestions sont lentes et pénibles. Elle a plutôt maigri qu'augmenté. Elle a quelquefois de la diarrhée. Mais, elle nous confesse qu'elle

est dans la misère, ne peut se soigner, ni même se nourrir convenablement.

En examinant son ventre, nous constatons un peu d'éventration de la ligne blanche, mais siégeant au-dessus de la cicatrice. (Il s'agit d'une grande multipare qui a eu 7 enfants). Elle ne porte pas sa ceinture.

L'utérus, comme nous nous en assurons par le toucher, est demeuré en antéversion.

Cette femme est capable maintenant de travailler, ce qui lui était complètement impossible, il y a 2 ans.

OBSERVATION 24.

La nommée M... Madeleine, 24 ans, blanchisseuse, opérée à Pascal, le 13 mars 1891.

DIAGNOSTIC ET SYMPTOMES PRINCIPAUX. — *Pyosalpinx gauche*. — *Tubovarite parenchymateuse droite*. — Première poussée et périmétrite il y a 5 ans à la suite d'un accouchement; deuxième poussée il y a 2 ans; troisième poussée deux mois avant son entrée, au moment de ses règles. Douleurs vives surtout à droite.

NATURE ET PARTICULARITÉS DE L'OPÉRATION. — EXAMEN DES PIÈCES. — Ablation bilatérale des annexes très adhérentes au pelvis. Lavage du péritoine.

Drainage de Mikulicz. La trompe gauche formait une tumeur fluctuante, comprise dans le ligament large et renfermant un quart de litre de pus épais, crémeux. La trompe droite dont les parois avaient un centimètre d'épaisseur formait une tumeur confondue avec l'ovaire. Celui-ci était criblé de petits kystes et adhérent au pelvis.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — Réunion par première intention. La malade sort guérie le 28^e jour.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Cette malade a été revue par nous le 3 août 1893.

Elle ne souffre plus du tout depuis l'opération.

Ses règles n'ont point reparu, elle n'a eu aucune perte rouge.

Pertes blanches de peu de durée ayant cessé depuis 6 mois.

Elle se plaint seulement de bouffées de chaleur fréquentes et de

transpirations abondantes. Pas de maux de tête. Les sensations sexuelles n'ont point été modifiées.

Son caractère s'est modifié ; elle est devenue impressionnable, irascible, hypocondriaque.

A l'examen, l'utérus est atrophié, du volume d'un œuf de pigeon.

Les culs-de-sac sont souples, non douloureux.

La cicatrice est intacte ; il y a un peu d'éventration au niveau du bord externe du muscle grand droit abdominal du côté droit.

En résumé la malade est dans un état de santé très bon, quoiqu'elle ait subi il y a trois mois une attaque de rhumatisme articulaire aigu dont elle souffre encore aujourd'hui.

OBSERVATION 25.

La nommée T... Céline, 21 ans, couturière, opérée à Pascal, le 2 avril 1891.

DIAGNOSTIC. — *Pyosalpinx double*.

NATURE ET PARTICULARITÉS DE L'OPÉRATION. — EXAMEN DES PIÈCES. — Ablation bilatérale des annexes. La trompe gauche est adhérente, elle contient environ un verre à liqueur de pus ; l'ovaire gauche est polykystique. Déchirure du ligament infundibulo-pelvien ; surjet au catgut. — La trompe droite est purulente, le pavillon est oblitéré, l'ovaire polykystique.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — Réunion parfaite. Curettage le 2 mai. La malade sort guérie le 20 juin 1891.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — La malade est revue le 28 mars 1893 par nous. Elle ne souffre plus du tout. Les règles n'ont point reparu. Pas de pertes blanches. Elle n'accuse que quelques bouffées de chaleur insignifiantes et passagères. Les sensations génitales sont plutôt augmentées que diminuées.

La cicatrice est très résistante, la malade ne porte point de ceinture. En résumé son état est de tout point excellent, elle a engraisé.

Elle a été depuis revue en juin 1893, par M. Baudron, interne du service, elle était dans un état de santé parfait.

OBSERVATION 26.

La nommée K... Ad..., femme M..., opérée à Pascal, le 16 mai 1891.

DIAGNOSTIC. — *Salpingite droite parenchymateuse et légèrement purulente. — Salpingo-ovarite gauche. — Métrorrhagies.*

NATURE ET PARTICULARITÉS DE L'OPÉRATION. — EXAMEN DES PIÈCES. — Ablation bilatérale des annexes. La trompe gauche est très adhérente à l'ovaire ; salpingite chronique. La trompe droite est épaissie et laisse s'écouler un peu de pus à la section.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — La malade sort guérie le 9 juin 1891.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Elle a été revue par nous le 16 août 1893.

Aucune douleur depuis l'opération.

Trois mois après la sortie, hémorrhagies ayant duré 2 mois environ d'une façon presque continue. Elles ont cessé complètement après un simple curetage suivi d'injection iodée fait le 4 août 1891. Depuis cette époque, les règles reviennent régulièrement tous les mois ; elles sont modérées et durent 3 à 4 jours. Pas de pertes blanches.

La malade n'éprouve que rarement des bouffées de chaleur et seulement quand ses règles sont en retard. Elle dit être plus irascible, plus nerveuse depuis l'opération ; sa mémoire aurait un peu diminué.

Les rapports sexuels se font comme auparavant.

L'utérus est mobile ; les culs-de-sac sont souples ; l'hystéromètre donne 7 centimètres.

La cicatrice est solide, il n'y a point d'éventration.

En somme l'état de la malade est de tout point parfait. Elle a engraisé de 20 livres, mais cet embonpoint n'augmente plus.

OBSERVATION 27.

La nommée St... Thérèse, 28 ans, opérée à Pascal, le 11 juillet 1891.

DIAGNOSTIC. — *Salpingite suppurée double.*

NATURE ET PARTICULARITÉS DE L'OPÉRATION. — EXAMEN DES PIÈCES. — Ablation totale des annexes qui sont très adhérentes à l'utérus et au pelvis surtout du côté gauche. La trompe gauche flexueuse contient une cuillerée à café de pus ; l'ovaire gauche est doublé de volume, polykystique. La trompe droite est également fluxueuse et contient quelques

gouttes de pus. L'ovaire droit gros comme un petit œuf contient plusieurs kystes hématiques dont un gros kyste du corps jaune.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — La malade sort guérie le 10 août 1891.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Elle a été revue le 25 avril 1893 par M. le Dr Pozzi, en très bon état. Elle ne souffrait plus du tout et se plaignait seulement de bouffées de chaleur assez fréquentes.

OBSERVATION 28.

La nommée Fl... Marie, femme D..., 20 ans, opérée à Pascal, le 15 décembre 1891.

DIAGNOSTIC. — *Pyosalpinx droit*.

NATURE ET PARTICULARITÉS DE L'OPÉRATION. — EXAMEN DES PIÈCES. — Ablation des annexes du côté droit. — *Pyosalpinx droit de la grosseur d'un œuf de poule*. — Salpingite légère du côté gauche pour laquelle aucune opération n'a été faite.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — La malade sort guérie le 13 février 1891.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Elle a été revue par nous le 4 avril 1893.

Depuis son opération elle n'a éprouvé aucune douleur en dehors des règles. Celles-ci sont revenues régulières, abondantes, assez pénibles pour la forcer à rester alitée. Elles durent quatre jours et sont revenues certains mois deux fois. Pertes blanches.

Etat nauséux et maux de tête fréquents.

En somme l'état de la malade est assez satisfaisant. En dehors de ses époques menstruelles elle peut très bien travailler.

OBSERVATION 29.

La nommée Du... Blanche, 26 ans, couturière, opérée à l'hôpital Pascal, le 16 mars 1892.

DIAGNOSTIC. — *Pyosalpinx double et ovarite scléro-kystique*.

NATURE ET PARTICULARITÉS DE L'OPÉRATION ET EXAMEN DES PIÈCES. — Ablation bilatérale des annexes.

A gauche, la trompe a son pavillon oblitéré et intimement accolé à l'ovaire ; elle est sinueuse et du volume du doigt. Elle est remplie d'un pus clair, filant, qu'il est impossible, après section de la trompe au niveau de la corne utérine, de faire sourdre par le bout utérin, cette ex-

trémité était aussi complètement oblitérée. Ovaire gauche doublé de volume, œdémateux, parsemé de très nombreux kystes séreux.

A droite, mêmes lésions de la trompe. Ovaire doublé de volume et polykystique.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — Guérison après réunion par première intention. Sortie le 9 avril 1892.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Cette femme a été revue par nous, le 16 avril 1893, 13 mois après son opération.

Elle nous déclare qu'elle n'a plus du tout souffert depuis son opération. Elle n'a pas eu de pertes rouges, mais seulement quelques pertes blanches peu abondantes.

Elle se plaint de maux de tête fréquents qui cèdent facilement, dit-elle, à l'antipyrine, mais reviennent bientôt après. Elle éprouve aussi depuis deux mois quelques bouffées de chaleur. Ces malaises n'existaient pas avant l'opération.

Pas d'embonpoint appréciable. Appétit excellent.

Pas de modification de la voix. Pas de rapports sexuels depuis l'opération. La malade déclare qu'elle est beaucoup plus calme et moins nerveuse depuis qu'elle a été opérée. Elle trouve seulement que des douleurs rhumatismales dont elle souffrait déjà antérieurement sont maintenant plus accentuées.

Au toucher, pas d'empâtement des culs-de-sac, utérus mobile, un peu atrophié, non douloureux. Cathétérisme impossible à cause de l'atréisie du col.

Cicatrice abdominale linéaire, blanchâtre, presque invisible. Aucune menace d'éventration.

En résumé, cette femme qui ne pouvait travailler avant d'être opérée et souffrait continuellement, nous affirme que maintenant elle est « capable de faire sans fatigue un pénible service de femme de chambre ».

OBSERVATION 30.

La nommée B... Désirée, femme C..., 21 ans, journalière, opérée à Pascal, le 6 avril 1892.

DIAGNOSTIC : *Pyosalpinx double*. — Dégénérescence kystique des ovaires. Annexes adhérentes au pelvis et à l'utérus.

NATURE ET PARTICULARITÉS DE L'OPÉRATION. — EXAMEN DES PIÈCES. — Ablation bilatérale des annexes. A gauche les annexes sont adhérentes au pelvis. La trompe épaissie est remplie de pus concret (pyosalpinx en voie de transformation parenchymateuse). Ovaire œdémateux, rempli de petits kystes séreux et sanguins. A droite, annexes adhérentes au pelvis et à l'utérus. Trompe du volume de deux doigts, renflée à son extrémité, renfermant une petite quantité de pus séreux. Ovaire renfermant un kyste gros comme une noisette, plein de pus crémeux.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — Guérison après réunion par première intention. Sortie le 5 mai 1892.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Cette malade a été revue par nous, le 16 avril 1893. Elle ne souffre plus depuis son opération, et accuse seulement quelques élancements très légers du côté gauche, mais de peu de durée, insignifiants, au dire même de la malade.

Elle n'a plus jamais perdu ni en rouge ni en blanc.

Quotidiennement et 5 ou 6 fois par jour, la malade éprouve des bouffées de chaleur qui durent chaque fois deux ou trois minutes.

Elle a eu quelquefois de légères palpitations et à peu près tous les mois un peu de céphalalgie ; mais elle était, dit-elle, déjà sujette aux maux de tête avant son opération. Ceux-ci sont un peu plus accusés depuis. Sept ou huit mois après avoir été opérée, elle aurait eu sur les jambes une éruption qui n'a duré que quelques jours et qui paraît avoir été de l'érythème noueux, d'après ce que raconte la malade.

Elle a beaucoup engraisié, mais ne s'est pas pesée et ne peut nous dire de combien elle a augmenté.

Elle se trouve plus nerveuse, surtout plus irascible qu'avant son opération et s'empporte très vite à propos de choses futiles. Elle est devenue plus impatiente et souvent, avoue-t-elle, presque insupportable. Elle n'a pas constaté de différence appréciable, au point de vue des sensations sexuelles, avec ce qu'elle éprouvait auparavant.

Cicatrice un peu élargie, mais solide. Utérus petit, mobile, dont nous ne pouvons sentir le fond. Pas d'éventration. Au toucher, culs-de-sac souples et non douloureux.

En résumé, cette femme se trouve beaucoup mieux qu'avant son opération. Elle peut très bien travailler maintenant sans fatigue.

OBSERVATION 31.

La nommée D..., Sol..., 25 ans, domestique, opérée le 7 juillet 1892.

DIAGNOSTIC COMPLÉTÉ PAR L'OPÉRATION. — *Salpingite suppurée et Kyste purulent de l'ovaire à gauche*; salpingite parenchymateuse et ovaire scléro-kystique avec un grand kyste hématique à droite.

NATURE ET PARTICULARITÉS DE L'OPÉRATION. — Ablation bilatérale des annexes adhérentes des deux côtés et difficilement énucléées. A droite : trompes à parois épaisses (salpingite parenchymateuse); à gauche, pus dans l'intérieur de la trompe; ovaire renfermant un grand kyste purulent.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — Désunion de la plaie et réunion secondaire après plusieurs grattages des lèvres de la plaie. Guérison, sortie le 8 octobre 1892

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Revue le 17 avril 1893, dix mois après avoir été opérée. Cette femme n'a plus du tout souffert de son ventre depuis son opération. Trois mois après, elle a eu une métrorrhagie qui a duré quelques jours et qui depuis s'est montrée régulièrement tous les mois. Elle perd assez abondamment en blanc.

Pas de bouffées de chaleur; pas de palpitations. La malade accuse seulement quelques maux de tête qui surviennent plutôt la nuit et qui sont probablement le fait de la syphilis pour laquelle elle est actuellement traitée. A cette maladie est due aussi, c'est vraisemblable, l'amaigrissement qu'elle présente, ainsi qu'un peu d'hypocondrie. Appétence génitale diminuée. Actuellement cette femme présente encore des plaques muqueuses dans la bouche; elle a eu une roséole généralisée, trois semaines après l'opération.

Au toucher, culs-de-sac souples, non douloureux; utérus de dimensions à peu près normales. Cicatrice solide, un peu élargie, pas d'éventration. Cette femme est heureuse d'avoir pu reprendre son travail sans fatigue et même sans aucune gêne, ce qu'elle ne pouvait faire auparavant.

OBSERVATION 32.

La nommée S... Anna, femme P., 23 ans, opérée à Pascal, le 2 mars 1891.

DIAGNOSTIC. — *Salpingite parenchymateuse droite, ovaires scléro-kystiques, kystes inclus dans le ligament large gauche.*

NATURE ET PARTICULARITÉS DE L'OPÉRATION. — EXAMEN DES PIÈCES. — Ablation bilatérale des annexes. Enucléation d'un kyste inclus dans le ligament large gauche. Tamponnement de Mikulicz dans la poche gauche pour arrêter le suintement sanguin. Les pièces examinées montrent une trompe gauche congestionnée, flexueuse ; un ovaire gauche scléro-kystique ; une trompe droite épaissie, oblitérée ; un ovaire droit scléro-kystique.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — La malade sort guérie le 26 mars 1891.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Elle a été revue par nous, le 16 avril 1893.

Depuis son opération, elle n'a plus jamais souffert.

Tous les mois, pendant 8 et même 15 jours, elle perd régulièrement ; mais elle n'a plus jamais d'hémorrhagies comme avant l'opération. Durant les 6 premiers mois qui ont suivi la laparotomie, elle ne perdait de sang que pendant 3 à 4 jours.

Les pertes blanches qu'elle a eues pendant 8 mois ont complètement disparu.

Elle n'a pas eu de bouffées de chaleur, ni de maux de tête ; si ce n'est il y a 1 mois ; elle les a alors attribués à un retard de ses règles. La malade accuse une certaine diminution de la mémoire surtout pour les choses récentes. Elle se contrarie facilement et pleure pour un rien. « Tantôt, dit-elle, j'éprouve un besoin incessant d'agitation ; tantôt au contraire, je me sens apathique, indifférente à tout ».

Elle dort très bien, tandis que pendant les jours qui ont précédé l'opération elle ne dormait point du tout. Elle a très bon appétit mais n'a pas engraisé. Son état général est très bon. Les rapports sexuels qui étaient, avant l'opération, douloureux s'accomplissent facilement maintenant ; les sensations génitales seraient même augmentées.

La cicatrice est solide, un peu élargie seulement. Il n'y a point la moindre éventration ; jamais elle ne porte de ceinture.

En résumé son état est excellent, elle peut travailler ce qui lui était impossible avant l'opération. Elle parle de celle-ci comme d'un grand bonheur pour elle.

OBSERVATION 33.

La nommée S... Suzanne, 35 ans, opérée à Pascal, le 3 juillet 1891.

DIAGNOSTIC. — *Salpingite parenchymateuse atrophique double. Ovarite chronique double.*

NATURE ET PARTICULARITÉS DE L'OPÉRATION. — EXAMEN DES PIÈCES. — Ablation bilatérale des annexes qui des deux côtés étaient retenues au bassin par de nombreuses adhérences. Ovaire droit doublé de volume, à surface blanche mamelonnée et contenant à son extrémité externe un kyste du corps jaune et plusieurs kystes séreux transparents. Trompe droite renflée en massue, dure au toucher, à pavillon oblitéré. Ovaire gauche fibreux à la coupe et polykystique. Trompe également renflée en massue, de consistance dure, remplie d'une substance pulpeuse, à pavillon oblitéré.

Plusieurs curettages et une amputation du col n'avaient nullement amélioré la malade.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — La malade est sortie guérie le 15 août 1891. La plaie s'était désunie par suppuration de la paroi. Pansement antiseptique humide et avivement de la plaie au bistouri et aux ciseaux. Réunion secondaire et cicatrice parfaite.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Au bout de six mois, cette malade est venue nous retrouver pour des pertes blanches. Du repos, une injection intra-utérine de perchlorure de fer et des injections vaginales au permanganate de potasse diminuèrent beaucoup ces pertes. Vers cette époque, à la suite de marches fatigantes, la malade a eu trois métrorrhagies légères qui se sont arrêtées spontanément par le repos et n'ont point reparu.

Nous l'avons revue le 26 février 1893. Elle souffre encore un peu du ventre, surtout du côté gauche, lorsqu'elle est fatiguée, mais ces douleurs ne sont pas assez vives pour empêcher la malade de vaquer à ses occupations. Elle ne perd plus. Son état général est bon. La malade se plaint seulement de bouffées de chaleur fréquentes et de quelques

maux de tête. Elle est toujours constipée. Les rapports sexuels se font normalement.

En résumé, elle déclare elle-même, qu'elle a tiré un bénéfice considérable de l'opération, puisqu'avant elle avait dû garder le lit pendant plus de trois mois et qu'elle était devenue complètement impotente.

OBSERVATION 34.

La nommée D... Marie, 25 ans, gouvernante, opérée à Pascal, le 30 mars 1892.

DIAGNOSTIC. — *Salpingite parenchymateuse bilatérale. — Ovaires polykystiques. Péricévro-salpingite séreuse.*

NATURE ET PARTICULARITÉS DE L'OPÉRATION. — EXAMEN DES PIÈCES. — Ablation bilatérale des annexes. A gauche, annexes adhérentes au pelvis et à l'utérus par des filaments résistants. A droite, annexes situées dans le cul-de-sac de Douglas et assez adhérentes. Lorsqu'on examine les pièces, on voit que la tumeur gauche est formée : 1° de la trompe renflée en masse dont le pavillon est oblitéré et qui adhère à l'ovaire ; 2° de l'ovaire lardacé, oedémateux, contenant deux kystes séreux du volume d'une noisette, des kystes sanguins et plusieurs autres petits kystes. A droite les annexes doublées de volume forment la tumeur. Une grosse bulle de sérosité transparente siège dans le ligament de la trompe ; elle est grosse comme un œuf de pigeon. Une autre bulle du volume d'une noisette surmonte l'ovaire. La trompe droite parenchymateuse est oblitérée et grosse comme le petit doigt. L'ovaire du volume d'une noix contient des kystes séro-sanguins.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — Réunion par première intention. La malade sort guérie le 30 avril 1892.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Elle a été revue par nous en octobre 1893. Elle ne se plaint plus que de quelques douleurs très vagues du côté gauche et dans les reins. Elle n'a eu ni métrorrhagies, ni pertes blanches.

A peine présente-t-elle quelques bouffées de chaleur et quelques maux de tête quand ses règles sont en retard.

En résumé, son état est excellent, bien qu'elle mène une vie très agi-

tée et qu'elle ait contracté la syphilis moins de 2 mois après sa sortie de l'hôpital.

OBSERVATION 35.

La nommée L... Gabrielle, femme P..., 33 ans, couturière, opérée à Pascal, le 15 avril 1892.

DIAGNOSTIC. — *Salpingite parenchymateuse gauche*. Ovarite scléro-kystique gauche. Annexes droites saines. Utérus en rétroflexion adhérente.

NATURE ET PARTICULARITÉS DE L'OPÉRATION. — EXAMEN DES PIÈCES. — Ablation des annexes gauches : salpingorrhaphie droite. Redressement de l'utérus en rétroflexion complète. Les annexes gauches étaient soudées par des adhérences au pelvis ; les annexes droites également. Ces adhérences ont été détruites et les annexes droites ont été conservées après qu'on se fut assuré par le cathétérisme que la trompe était perméable. Le pavillon de la trompe a été fixé à la surface de l'ovaire par trois points de suture au catgut. A l'examen des pièces on constate l'adhérence du pavillon à l'ovaire gauche qui est scléreux et contient des kystes séreux et sanguins. La trompe est rétrécie, contournée sur elle-même, résistante au toucher comme un cordon spermatique.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — Réunion par première intention. La malade sort guérie le 9 mai 1892.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Elle a été revue par nous le 9 octobre 1893. Elle a présenté des douleurs abdominales très faibles pendant les deux mois qui ont suivi l'opération. Il est juste de dire qu'elle s'est remise à travailler immédiatement dès sa sortie de l'hôpital. Depuis elle ne souffre plus ; c'est à peine si de temps en temps elle ressent quelques picotements d'ailleurs très supportables du côté droit.

Ses règles sont revenues 5 semaines après l'opération ; elles ont continué régulièrement jusqu'en mai dernier. A cette époque il y eut un retard de dix-neuf jours, suivi d'une *fausse-couche* (hémorrhagie abondante, caillots etc.). Depuis, les règles sont très régulières, elles durent 5 à 6 jours, elles sont abondantes et ne donnent lieu qu'à une très légère douleur et le premier jour seulement.

La malade perd en blanc quelquefois, mais ce n'est guère que lorsqu'elle se fatigue à coudre à la machine.

Elle n'a jamais ressenti de bouffées de chaleur ; elle n'éprouve guère que quelques palpitations de temps en temps. Elle a parfois des maux de tête, mais elle y était sujette avant l'opération.

Son caractère ne s'est point modifié. Peut-être a-t-elle perdu un peu la mémoire, surtout pour les choses récentes. Elle a bon appétit ; mais ses digestions sont lentes et elle souffre souvent de maux d'estomac. Les rapports sexuels se font comme avant l'opération et même mieux, car la malade ne souffre plus.

La cicatrice est solide ; il n'y a point d'éventration. La malade ne porte jamais de ceinture.

En résumé, son état est excellent, elle peut exercer sans grande fatigue un métier souvent très fatigant ; et, point capital, elle est devenue enceinte un an après l'opération.

OBSERVATION 36.

La nommée B... Mathilde, 29 ans, fleuriste, opérée à Pascal, le 13 juillet 1892.

DIAGNOSTIC. — *Tubo-ovarite parenchymateuse double. Kyste du ligament large gauche.*

NATURE ET PARTICULARITÉS DE L'OPÉRATION. — EXAMEN DES PIÈCES. — Ablation bilatérale des annexes. Ovaires adhérents à la face postérieure du ligament large par des adhérences filamenteuses. L'examen des pièces montre la trompe gauche épaissie, oblitérée, avec une hydatide de Morgagni du volume d'un haricot. L'ovaire est doublé de volume et transformé en kystes séreux bosselés. Entre la trompe et l'ovaire existe un kyste transparent du volume d'un œuf de pigeon développé dans le ligament large. La trompe droite est épaissie, oblitérée. L'ovaire est œdémateux, parsemé de petits kystes séreux violacés.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — Réunion par première intention. La malade sort guérie le 14 août 1892.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Elle a été revue par nous en octobre 1893. Pendant les deux ou trois mois qui ont suivi l'opération, elle a souffert dans le côté gauche du ventre et dans la jambe droite ; mais depuis lors ces douleurs ont complètement disparu.

Les règles ne se sont point montrées depuis l'opération ; la malade n'a perdu ni en blanc ni en rouge.

Elle se plaint de bouffées de chaleur se renouvelant deux ou trois fois chaque jour et de maux de tête se montrant presque chaque semaine. Elle était, il est vrai, sujette à des migraines. Elle n'a ni palpitations, ni sueurs ; mais elle ressent quelquefois des bourdonnements d'oreille.

Son caractère s'est altéré depuis l'opération ; elle est devenue bizarre, taciturne, apathique. Elle a souvent des idées noires ; elle rit et pleure pour un rien. La mémoire qu'elle avait excellente est très sensiblement diminuée.

Les rapports sexuels s'accomplissent comme avant l'opération.

La malade a très notablement engraisé.

En résumé malgré les troubles nerveux qu'elle présente, elle est dans un état très satisfaisant. Elle ne souffre plus et peut travailler, modérément il est vrai, chose qu'elle n'avait pu faire depuis trois ans.

OBSERVATION 37.

La nommée F... Julie, 24 ans, couturière opérée à Pascal, le 30 octobre 1892.

DIAGNOSTIC. — *Tubo-ovarite gauche. Ovaire sclérkystique droit.*

NATURE ET PARTICULARITÉS DE L'OPÉRATION. — EXAMEN DES PIÈCES. — Ablation unilatérale (des annexes gauches) après rupture de quelques adhérences légères qui donnaient au doigt la sensation d'une toile d'araignée. On laisse les annexes droites après avoir fait le cathétérisme de la trompe droite qui est perméable et ponctionné avec le bistouri un petit kyste de l'ovaire droit qui est un peu scléreux mais presque sain. L'examen des pièces montre l'ovaire gauche scléreux, contenant des petits hystes et la trompe œdémateuse à pavillon adhérent à l'ovaire et oblitéré.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — La malade sort guérie le 6 décembre en très bon état, malgré l'apparition d'une bronchite survenue peu de jours après l'opération.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Cette malade a été revue par nous en octobre 1893. Elle a souffert très légèrement du côté gauche de l'abdomen

pendant les 2 ou 3 mois qui ont suivi l'opération. Du côté droit elle n'a jamais ressenti de douleurs. Les règles ont réapparu au bout d'un mois ; elles sont régulières, assez abondantes, durant 3 à 4 jours, douloureuses mais jamais au point de la forcer à s'aliter, et seulement du côté gauche. Elle présente au moment de ses époques de l'*augmentation de volume des seins qui sont alors douloureux*.

La malade n'a jamais eu de bouffées de chaleur ; elle a quelquefois seulement des maux de tête très légers.

Son caractère ne paraît s'être guère modifié, peut-être est-elle un peu plus irritable. Elle se plaint de maux d'estomac et de lenteur de la digestion. Les rapports sexuels s'accomplissent comme avant l'opération.

A l'examen, les culs-de-sac sont sains, les annexes droites sont un peu douloureuses au toucher. L'utérus est en antéversion. La cicatrice est solide, linéaire ; la malade porte constamment sa ceinture.

En résumé son état est très bon. Avant l'opération elle ne pouvait plus même marcher ; maintenant elle peut exercer son métier de couturière, parfois très dur.

OBSERVATION 38 (1).

Double pyosalpinx très adhérent. — Deux laparotomies. — Guérison parfaite.

La nommée B... Blanche, âgée de 25 ans, couturière, entrée à l'hôpital Pascal, en octobre 1891 :

ANTÉCÉDENTS. — Accouchement normal, il y a 4 ans, sans accident consécutif. Douleurs depuis un an, des deux côtés, mais plus vives à gauche. Leucorrhée abondante. Il y a 7 mois, elle évacue par le rectum une quantité de pus considérable et pendant 4 semaines la même débâcle de pus se reproduit tous les 3 ou 4 jours. Les douleurs diminuent mais pour reprendre dans ces derniers temps et la malade entre à l'hôpital, un mois après avoir fait une fausse couche de six semaines.

A L'EXAMEN. — Utérus refoulé en avant et à droite. A gauche, tu-

(1) La première partie de cette observation déjà recueillie par nous, a été publiée par MM. Picqué et Charrier dans les *Annales de gynécologie*, de juin 1893 (obs. IX), nous nous dispensons par conséquent de la reproduire *in extenso* et n'en donnons que le résumé.

meur du volume du poing, paraissant assez mobile, empiétant sur le cul-de-sac postérieur et comblant le cul-de-sac gauche. A droite, tumeur moins volumineuse, peu mobile.

1^{re} LAPAROTOMIE le 26 octobre 1891, par M. Picqué. A cause des adhérences intimes, impossibilité d'enucléer la tumeur gauche. Elle est alors ouverte, vidée avec la curette des fongosités mollasses et du pus qu'elle contient, drainée par une mèche de gaze iodoformée. A droite, ablation des annexes parenchymateuses.

RÉSULTATS. — Guérison. Sortie le 14 décembre 1891, la fistule abdominale qui avait persisté jusqu'alors s'étant refermée. Mais, quelques jours plus tard, celle-ci s'étant ouverte de nouveau, la malade rentre à l'hôpital. Jusqu'au 19 mars 1892, on tente tous les traitements ordinaires (cautérisations, curettages, injections, etc...) pour l'oblitération de cette fistule. Comme elle persiste quand même, M. Pozzi se décide à refaire une laparotomie.

2^e LAPAROTOMIE LE 19 MARS 1892 par M. Pozzi et EXAMEN DES PIÈCES. — Ablation des annexes gauches qui n'avaient pu être enlevées dans la première opération. L'examen histologique de la trompe fait par M. Latteux a montré au milieu du tissu épaissi et hypertrophié des trompes des nodules jaunes arrondis et présentant dans leur partie centrale des cellules géantes bien caractérisées. Pas de lésions analogues dans l'ovaire.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — Guérison rapide. Sortie le 27 avril 1892, après réunion par première intention.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Nous avons revu cette femme le 25 novembre 1893. Elle venait, de passage à Paris, spontanément à l'hôpital, non pour nous demander une consultation, mais pour le plaisir, dit-elle, de faire constater combien elle est heureuse de son opération. Nous la trouvons, en effet, dans un état de santé qui ne laisse rien à désirer.

Elle n'a pas éprouvé la moindre douleur. Elle voit ses règles tous les mois et régulièrement. Elle n'a qu'un embonpoint modéré. Pas de bouffées de chaleur. Aucun malaise ni passager, ni permanent. Aucune modification psychique ni sensitive. Cette femme qui habite la campagne peut travailler et gagner sa vie.

OBSERVATION 39.

La nommée G., Hélène, 36 ans, opérée à Pascal, le 20 janvier 1892.

DIAGNOSTIC ET SYMPTOMES PRINCIPAUX.—*Hydro salpinx gauche.*—*Ovaires scléro-kystiques.*—*Douleurs très vives prédominant du côté gauche.*

NATURE ET PARTICULARITÉS DE L'OPÉRATION. — EXAMEN DES PIÈCES. — Ablation bilatérale des annexes. A gauche, tumeur, fluctuante, grosse comme une petite orange, très adhérente au pelvis et qui se rompt sous les efforts de traction faits pour l'enlever. A droite, tumeur également très adhérente formée par les annexes et enlevée. Drainage par une simple mèche de gaze iodoformée à cause d'une légère hémorrhagie. A l'examen des pièces on constate que la trompe gauche est transformée en hydrosalpinx et que l'ovaire du même côté est atrophié, scléreux, adhérent à la trompe et recouvert en partie par elle. L'ovaire droit est dégénéré, formé de petits kystes gros comme des pois et séparés par des travées fibreuses. La trompe droite est épaissie, adhérente à l'ovaire, mais elle est perméable.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — Réunion par première intention. La malade sort guérie le 5 mars 1892.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Elle a été revue par nous en octobre 1893. Les douleurs qui avaient disparu pendant le mois qui a suivi l'opération ont reparu. Elles sont, il est vrai, peu vives, limitées au côté gauche du ventre et n'existent guère d'une façon marquée qu'au moment des règles. Celles-ci sont régulières, abondantes, durant 8 jours. Aucune perte blanche.

La malade est sujette aux bouffées de chaleur, elle a quelques palpitations et des maux de tête de temps en temps. Son caractère ne paraît point avoir subi de changement notable ; peut-être est-elle plus calme, moins vive. Sa mémoire a un peu baissé. Elle a très notablement engraisé.

A l'examen, les culs-de-sac sont souples ; l'utérus n'est point atrophié, il est en latéroversion droite très prononcée.

La cicatrice est très solide ; la malade porte constamment une ceinture.

En somme, malgré la persistance de douleurs d'ailleurs minimes, la

malade est dans un état satisfaisant. Elle peut aller et venir et travailler ce qui lui était impossible avant l'opération.

OBSERVATION 40.

La nommée B... Pauline, femme A..., 39 ans, opérée à Pascal, le 28 octobre 1892.

DIAGNOSTIC. — *Hydrosalpinx bilatéral*. — *Ovaires, scléro-kystiques*.

NATURE ET PARTICULARITÉS DE L'OPÉRATION. — EXAMEN DES PIÈCES. — Ablation bilatérale des annexes. Au moment où l'opérateur pratique la décortication de la tumeur gauche dont les parois sont fort minces, une fissure se produit par où se vide en partie la tumeur. Celle-ci est sortie à l'extérieur et liée par une double ligature. A droite, la trompe et l'ovaire augmentés de volume sont décortiqués et liés par une ligature en chaîne. L'examen des pièces pratiqué ensuite montre que la plus grande partie de la tumeur gauche est formée par un kyste séreux sous-tubaire. Ce kyste est placé entre la trompe oblitérée et dilatée et l'ovaire kystique. Celui-ci contient en particulier un kyste du corps jaune. Du côté droit, hydrosalpinx un peu plus volumineux ; la trompe dilatée, transparente a le volume de l'index. L'ovaire droit est scléreux et contient des petits kystes. Entre l'ovaire et la trompe existe un petit kyste du volume d'un pois, transparent.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — Réunion par première intention. La malade sort guérie le 19 novembre 1892.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Elle est revue par nous le 9 octobre 1893. Elle a souffert dans le côté gauche de l'abdomen durant les 5 mois qui ont suivi l'opération. Depuis, elle n'a ressenti aucune douleur. Ses règles sont revenues au bout de trois mois, se sont montrées deux fois ; puis se sont supprimées complètement. Pertes blanches abondantes.

La malade se plaint de bouffées de chaleur se reproduisant deux ou trois fois par jour. Elle a des maux de tête fréquents et des bourdonnements d'oreille assez marqués pour la rendre presque sourde par moments. Son caractère a beaucoup changé, elle est devenue irascible en même temps qu'indifférente et apathique. Sa mémoire a beaucoup diminué. Elle ne présente aucun trouble du côté de l'estomac.

A l'examen, les culs-de-sac sont légèrement indurés, l'utérus est immobile. Il existe un peu de rectocèle.

En somme malgré les troubles nerveux qu'elle présente, la malade a tiré un grand bénéfice de son opération. Elle travaille depuis 5 semaines ce qui lui était impossible auparavant.

OBSERVATION 41.

La nommée P... Catherine, femme O..., 29 ans, blanchisseuse, opérée à Pascal, le 26 décembre 1892.

· DIAGNOSTIC. — *Hydrosalpinx droit. — Ovaires scléro-kystiques. Adhéhérences considérables. Rétroversion de l'utérus.*

NATURE ET PARTICULARITÉS DE L'OPÉRATION. — EXAMEN DES PIÈCES. — Ablation bilatérale des annexes. L'utérus et les annexes sont enfouis dans un inextricable filet d'adhéhérences. On dégage d'abord l'utérus, puis les annexes gauches qu'on enlève. Elles offraient des adhéhérences pelviennes et épiploïques. On libère ensuite les annexes droites qui sont plus volumineuses. La main va les détacher jusque dans le sillon cervico-corporel. L'utérus est enfin ramené en avant et fixé à la paroi par trois points de suture (hystéropexie). Drainage par une mèche de gaze iodoformée. L'examen des pièces montre l'ovaire gauche scléro-kystique et la trompe du même côté atteinte de salpingite parenchymateuse avec oblitération complète du pavillon. A droite l'ovaire est également scléro-kystique et il existe un hydrosalpinx à parois très minces et transparentes, dépassant le volume du pouce.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — La malade sort guérie le 22 janvier 1893.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Nous la revoyons le 20 juin 1893. Elle a continué de souffrir pendant les trois mois qui ont suivi l'opération, puis les douleurs ont disparu complètement du côté droit. Du côté gauche elle a conservé une douleur très légère qui a cessé depuis un mois. A cette époque, le 30 mai, elle a présenté une métrorrhagie assez abondante qui a duré 11 jours. C'est la seule fois qu'elle ait perdu en rouge. Ses règles ne sont point revenues. Depuis un mois elle perd en blanc.

La malade a ressenti des bouffées de chaleur pendant trois à quatre mois ; celles-ci ont complètement disparu aujourd'hui. Elle n'a éprouvé ni maux de tête, ni palpitations.

Son caractère n'a été nullement altéré. Sa santé est bonne.

Les rapports sexuels se font comme avant l'opération.

A l'examen on trouve l'utérus en antéflexion, mobile, peu atrophie; les culs-de-sac sont souples, le gauche est un peu sensible. La cicatrice est solide. Il n'y a point d'éventration.

En résumé la malade est dans un état de tout point excellent, elle ne souffre nullement et peut travailler.

OBSERVATION 42.

La nommée R... Jeanne, 24 ans opérée à Pascal, le 20 juin 1891.

DIAGNOSTIC. — *Pyosalpinx droit*. — *Salpingite parenchymateuse gauche*. — *Adhérences intimes au pelvis*.

NATURE ET PARTICULARITÉS DE L'OPÉRATION. — EXAMEN DES PIÈCES. — Ablation bilatérale rendue très difficile par l'adhérence des annexes au pelvis.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — La malade sort guérie le 29 juillet.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Elle a été revue par nous en février 1893.

Elle n'a jamais eu de douleurs depuis l'opération, mais elle est rentrée plusieurs fois dans le service pour des pertes blanches très abondantes. Plusieurs curettages et injections iodées n'ayant point réussi, M. le Dr Picqué lui a fait le 30 décembre 1891 l'*hystérectomie vaginale*.

Une enquête discrète et les circonstances nous permettent de penser que l'insuccès relatif de la laparotomie était dû chez cette femme à la réinfection permanente à laquelle elle était exposée par son amant, atteint de blennorrhée chronique. La malade est sortie trois semaines après en très bon état.

Elle présente de temps en temps des maux d'estomac et des bouffées de chaleur passagères. Les sensations génitales n'ont point été altérées par l'opération.

En résumé la malade est dans un état très bon.

OBSERVATION 43. (1)

Double salpingite parenchymateuse. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Hématocèle post-opératoire. — Hystérectomie vaginale. — Guérison.

La nommée C. J.... âgée de 26 ans, entre le 8 mars 1892, salle Pascal A, dans le service de M. le Dr Pozzi.

Réglée pour la 1^{re} fois à 14 ans ; elle a toujours été mal réglée.

A 17 ans, métrorrhagie abondante, a commencé alors à souffrir du ventre, est entrée à la Pitié chez le Dr Dumontpallier ; elle y est restée environ 1 mois. Depuis 5 mois, ses règles qui n'avaient duré jusque-là que 4 ou 5 jours, se prolongent durant une quinzaine de jours, et obligent la malade à garder le repos pendant toute leur durée. Infection blennorrhagique remontant à peu près à la même époque. Pas d'accouchement ni de fausse couche.

A l'examen, on trouve le col petit, conique. En arrière, on sent le corps de l'utérus en rétroflexion et volumineux. En poussant fortement le doigt en arrière et à droite, on sent les annexes grosses comme un petit œuf, accolées à la paroi postéro-inférieure de l'utérus dont les séparent une encoche. A gauche les annexes sont très élevées, on arrive par la palpation bimanuelle à sentir leur pédicule.

Laparotomie le 12 mars 1892. — Du côté gauche, l'ovaire est très adhérent sur toute sa surface. Il est énucléé avec beaucoup de peine, ainsi que la trompe qui lui adhère dans toute son étendue. A droite, l'ovaire est complètement adhérent à la face postérieure du ligament large, dans lequel il est complètement enchâtonné. On est obligé de faire d'abord une ligature isolée du côté interne, avant de pouvoir passer une ligature double au-dessous du pédicule qui est lamellaire. La trompe épaissie coiffe l'ovaire comme un épидidyme ; son pavillon est oblitéré et renflé. Une petite partie de l'ovaire ne peut être enlevée et reste dans le pédicule au-dessous de la ligature.

Le 14 mars la température, normale jusque-là, s'élève à 38°6, l'état général est très bon.

Le 15 mars la température reste au-dessus de 38° et oscille entre

(1) Observation communiquée à notre ami de la Nièce et déjà publiée dans sa thèse de 1893 (*Hématocèle post-opératoire*).

38 et 39° les jours suivants. En même temps que cette élévation de la température, la malade présente d'autres symptômes qui font craindre un moment une péritonite septique. Elle a des nausées, des vomissements porracés, une douleur très vive dans tout le bas-ventre, douleur exaspérée par la pression et les mouvements. Le ventre est un peu ballonné. La face est grippée, les yeux excavés. Pas d'appétit. Pas de sommeil. Le pouls reste fort et bien frappé, mais assez fréquent, (100 à 112 pulsations).

Au toucher, on constate l'effacement presque complet des culs-de-sac vaginaux, surtout sur les cotés et en arrière. M. Pozzi porte le diagnostic d'hématocèle post-opératoire et prescrit des irrigations vaginales très chaudes répétées quatre fois par jour, des lavements chauds, de l'enveloppement humide de l'abdomen alternant avec l'application sur le ventre d'une vessie de glace.

Le 20 mars on enlève le fil de suture profond, il y a un peu de désunion et un peu de suppuration très limitée.

A partir du 23, la température retombe à la normale ; le ventre est redevenu souple, le ballonnement a disparu, les vomissements ont cessé, l'état général est très bon. La malade n'accuse plus qu'un peu de douleur à la pression dans la fosse iliaque gauche.

Le 10 avril la fièvre et les douleurs ont disparu. Les culs-de-sac vaginaux sont souples. On sent toutefois encore en arrière de l'utérus, accolé à lui, une masse indurée, très résistante, du volume d'un œuf de poule.

Le 6 mai, la malade sort complètement guérie, elle ne souffre plus et peut marcher toute la journée sans éprouver la moindre douleur.

Le 17 août, elle rentre à l'hôpital. Elle nous raconte que pendant deux mois, elle a très bien été, ne ressentant aucune gêne. Les règles étaient revenues régulières. Mais au mois de juillet, au moment de l'époque menstruelle, elle a été prise de douleurs extrêmement vives. Depuis cette époque elle n'a pas cessé de souffrir et perd presque constamment en rouge. Au toucher on trouve à droite, accolée à l'utérus, une masse du volume du poing, douloureuse à la pression. Du côté gauche on sent aussi une petite induration au voisinage de l'utérus, mais beaucoup moins volumineuse.

La malade reste pendant un mois en observation, mais les lésions ne présentent pas de tendance à la résolution. M. le Dr Picqué se décide à faire l'hystérectomie vaginale.

L'opération est faite le 17 septembre sans difficulté et la malade sort le 22 octobre complètement guérie. Elle a été revue par M. Martin en octobre 1893 ; elle allait très bien, ne souffrait plus, avait engraisé, n'accusait que quelques bouffées de chaleur pour tout malaise.

OBSERVATION 44.

Salpingite suppurée gauche et salpingite parenchymateuse droite.

1^{re} LAPAROTOMIE. — Ablation des annexes gauches seulement. — Persistance des douleurs et métrorrhagies abondantes. — HYSTÉRECTOMIE VAGINALE PAR MORCELLEMENT. — Persistance des douleurs et fistule abdominale. — 3^e OPÉRATION (2^e LAPAROTOMIE). — Ablation des annexes droites. — Guérison définitive.

La nommée D... Justine, âgée de 19 ans, entrée une première fois à l'hôpital Pascal, le 7 février 1890.

ANTÉCÉDENTS. — Coqueluche à l'âge de 5 ans. Pas d'autre maladie. Réglée à 13 ans, peu abondamment, mais très régulièrement. Les premières menstrues furent très douloureuses. Leucorrhée abondante dans l'intervalle. En 1888, vaginite blennorrhagique pour laquelle elle fut soignée pendant deux mois à Lourcine.

Le 6 juillet 1889, elle fait une fausse couche de 3 mois. Les jours suivants, fièvre (39°8) accompagnée de frissons.

Quelques jours après, apparition d'une phlébite de la jambe gauche. Elle reste alitée pendant deux mois. Depuis sa fausse couche, la malade a vu sa leucorrhée plus abondante ; elle se plaignait de fréquentes douleurs dans le bas-ventre, particulièrement du côté gauche. Ces douleurs avaient parfois un grand caractère d'intensité.

Octobre 1889. — Elle fut soignée à ce moment à l'hôpital Beaujon pour une salpingite du côté gauche, elle y suivit un traitement de six semaines, à la suite duquel elle fut très améliorée.

Novembre 1889. — Elle recommence à souffrir et à perdre en blanc ; elle rentra de nouveau à Lourcine, dans le service de M. Balzer, y

resta 2 mois. Elle entra ensuite dans le service de M. Picqué remplaçant M. Pozzi.

Au moment de son entrée, la malade accuse de violentes douleurs dans le bas-ventre, particulièrement du côté gauche ; pas de fièvre le soir.

Examen sous chloroforme. — M. Picqué porte le diagnostic de double salpingite avec ovaire gauche prolabé dans le cul-de-sac de Douglas et adhérent ; il conseille la laparotomie qui est acceptée.

1^{re} Opération. — *Laparotomie le 1^{er} mars 1890.* — Les divers temps ne présentent rien d'anormal. On enlève les annexes du côté gauche qui furent assez difficiles à extraire par suite des adhérences multiples et anciennes ; celles du côté droit sont laissées.

EXAMEN DES PIÈCES. — *Pyosalpinx gauche, salpingite parenchymateuse droite.* — Ovaires scléro-kystiques.

Réunion par première intention avec pansement au 8^e jour. Elle se lève le 23 mars. Le 28, flux menstruel abondant, en rien comparable aux métrorrhagies qu'on constate quelquefois à la suite des laparotomies.

La malade quitte l'hôpital le 4 avril 1890 ; les douleurs ont disparu complètement, les pertes blanches persistent. Il nous a été permis de revoir la malade dans le courant de l'année, la guérison complète s'est maintenue, malgré une nouvelle blennorrhagie contractée par la malade et pour laquelle elle est soignée à Lourcinè (1).

L'amélioration constatée n'a pas duré bien longtemps.

En effet, sous l'influence ou non d'une nouvelle inflammation due à la blennorrhagie, les douleurs reparaissent dans tout le bas-ventre ; elles sont très vives et s'irradient à tout l'hypogastre ; sans qu'il soit possible à la malade de les localiser nettement d'un côté ou de l'autre. De plus les pertes blanches sont très abondantes, et, entre temps, la malade perd encore beaucoup en rouge. Elle accuse en outre des symp-

(1) Toute cette 1^{re} partie de l'observation a été recueillie par M. Charrier, ancien interne du service, et publiée par lui dans les *Annales de gynécologie*.

Une erreur dans la rédaction laissait supposer que les annexes avaient été d'abord enlevées des deux côtés ; après contrôle et renseignements, nous avons pu nous assurer que les annexes gauches seules avaient pu être extraites.

tômes de cystite. C'est pour tout cela qu'elle rentre une seconde fois à Pascal au mois de novembre 1891.

En l'examinant, on constate que l'utérus est légèrement antéversé, mais très peu mobile. On trouve dans le cul-de-sac antérieur une tumeur du volume d'un œuf d'autruche, adhérente d'une part à la paroi abdominale et de l'autre à l'utérus ; cette tumeur est très douloureuse au toucher. L'utérus mesure 8 centim. ; il est dirigé à droite et en avant. La cicatrice abdominale de la laparotomie n'offre rien de particulier ; elle ne présente pas de trajet fistuleux, elle est seulement douloureuse à la pression.

Hystérectomie vaginale le 14 décembre 1891. On enlève l'utérus par morcellement et l'hémostase est assurée par la forcipressure des ligaments larges ; mais il est impossible d'enlever la tumeur qu'on sentait dans le cul-de-sac antérieur et un peu à droite. Un tamponnement de Mikulicz est fait dans le fond du vagin.

Quarante-huit heures après l'opération, les pinces placées sur les ligaments larges sont enlevées. Le tamponnement de Mikulicz est supprimé deux jours après, et remplacé par de simples lanières de gaze iodoformée qu'on renouvelle tous les jours. On fait aussi quotidiennement des lavages au sublimé faible.

Le 2 janvier 1892, la malade va très bien ; on constate en l'examinant que la tumeur perceptible autrefois en avant et à droite s'est considérablement affaissée ; toutefois, elle existe toujours et la malade souffre encore du ventre.

Le 10 janvier, elle se plaint de souffrir de la jambe gauche qui est enflée et très sensible à la pression le long de la saphène interne. Il y a de la phlébite, pour laquelle on fait un pansement ouaté compressif et l'immobilisation de tout le membre inférieur de ce côté.

Le 21 janvier 1892 la malade sort apparemment guérie.

Deux mois plus tard, cette femme se heurte, dit-elle, violemment le ventre au niveau de sa cicatrice ; le traumatisme réveille les douleurs qu'elle avait déjà éprouvées ; de plus, surviennent de la tuméfaction, de la rougeur et finalement l'ouverture spontanée au milieu de la cicatrice d'un petit abcès qui laisse écouler environ un demi-verre à Bordeaux de pus mélangé de sérosité sanguinolente. Les jours suivants,

par cet orifice qui ne s'oblitére pas, du pus continue à s'écouler en plus ou moins grande quantité et la malade reste dans cet état jusqu'au mois d'octobre 1892.

Elle rentre alors dans le service, demandant une troisième fois qu'on la débarrasse de ses douleurs et de sa fistule abdominale.

Par le toucher et le palper, on sent en arrière de la vessie une tumeur du volume d'une petite mandarine. Elle est rétro-vésicale comme on peut le constater par une exploration attentive de la vessie à l'aide d'une sonde d'argent et de la fistule à l'aide d'une sonde cannelée qui disparaît presque entièrement dans le trajet.

M. Pozzi pour pénétrer jusqu'au foyer profond, qu'il suppose entretenant la fistule, fait d'abord une simple incision sur l'ancienne cicatrice, puis, finalement termine cette simple exploration par une véritable laparotomie ; sa main introduite dans le ventre, à la recherche de la tumeur, rencontre d'autant plus de difficultés pour se guider que l'utérus absent ne peut servir de point de repère. Il arrive pourtant à énucléer puis à amener au dehors sans être obligé de lier et de couper un pédicule, une petite masse couverte de fausses membranes et déchiquetée. On y reconnaît les *vestiges de la trompe épaissie, parenchymateuse et de l'ovaire polykystique* qu'on n'avait pu enlever par la première laparotomie ni par l'hystérectomie vaginale. Un drainage de Mikulioz est laissé en place pendant 48 heures, puis remplacé par des lanières de gaze iodoformée qui sont elles-mêmes bientôt totalement supprimées. La plaie se referme parfaitement. Il n'y a plus trace de fistule ni aucune douleur, quand la malade sort de l'hôpital le 12 novembre 1892.

Le 29 août 1893, M. Albert Martin, interne des hôpitaux, a revu cette femme. Elle est en parfait état, ses douleurs n'ont jamais reparu depuis sa dernière opération et sa fistule ne s'est pas rouverte. La cicatrice est très solide, presque linéaire, résistante ; il n'y a pas trace d'éventration ; pourtant cette femme ne porte jamais sa ceinture.

Au toucher et au palper, on ne retrouve aucune trace de tumeur. Le fond du vagin est parfaitement souple dans tous les sens. Notre ancienne malade se plaint seulement de malaises généraux, tels que bouffées de chaleur, étourdissements, palpitations, sensations d'étouffements, sueurs fréquentes et profuses. Elle déclare aussi que son ca-

ractère est changé, qu'elle est devenue plus nerveuse, plus irascible surtout, enfin que sa mémoire est beaucoup moins bonne. Quelques maux d'estomac.

Les sensations génitales ne sont nullement diminuées.

Elle n'a pas engraisé, comme la plupart des autres femmes qui ont subi la double castration ; elle déclare même qu'elle a plutôt maigri. Nous nous sommes demandé, à cause d'une toux assez fréquente, de signes stéthoscopiques particuliers au sommet du poumon, enfin de l'état général de cette femme (vénitienne) et de ses antécédents héréditaires, si cet amaigrissement ne devait pas être mis sur le compte d'une tuberculose tout à fait à son début.

OBSERVATION 45.

Kyste du ligament large du côté gauche et kystes hématiques des ovaires. — Laparotomie. — Ablation des annexes. — Marsupialisation du fond de la poche kystique. — Poussées congestives du côté des seins et montée de lait consécutivement.

La nommée P... Hélène, âgée de 21 ans, entrée à l'hôpital Pascal, le 26 septembre 1892, lit n° 19.

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES. — Père et mère bien portants ; deux sœurs phthisiques.

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS. — Réglée à 15 ans, toujours régulièrement ; pas de maladie antérieure. Elle tousse depuis trois ans et a eu des hémoptysies pendant un mois et demi, il y a deux ans. Elle présente, d'après M. Potain, des signes d'infiltration des sommets des poumons, surtout à droite.

Elle a maigri beaucoup. Pas de blennorrhagie, leucorrhée depuis l'âge de 12 ans.

Cette femme souffre du ventre depuis trois ans, époque d'un accouchement à terme qui s'est passé d'une façon normale ; depuis lors, elle se plaint toujours de douleurs et de pertes rouges. Ces pertes surviennent deux ou trois fois par mois, de sorte que la malade ne peut plus reconnaître ses époques. Dans l'intervalle, elle perd un peu en blanc. Les douleurs apparaissent à l'époque des règles, mais pas dans l'intervalle ; elles siègent de chaque côté du ventre, mais surtout à droite.

Un premier curettage a été fait à l'Hôtel-Dieu, il y a 20 mois, sans amélioration ; un deuxième fait un mois et demi après n'a pas eu plus de succès. La malade qui ne peut travailler et souffre beaucoup vient demander une intervention plus radicale.

A l'examen ; col un peu gros, déchiré et cicatrisé à gauche ; utérus perceptible derrière le pubis, en antéversion exagérée. Dans le cul-de-sac postérieur et latéral gauche, on sent une tumeur en forme de galette, placée horizontalement et intimement soudée à la face postérieure de l'utérus, légèrement mamelonnée, et de consistance un peu molasse. Cette tumeur déborde jusque dans le cul-de-sac gauche qu'elle ne remplit pas complètement ; elle est peu mobile dans le sens vertical, se laisse déprimer à la manière d'un diaphragme tendu entre la face postérieure de l'utérus et le pelvis. Le cul-de-sac droit est dépressible ; on y sent les annexes dures, indurées, mais peu augmentées de volume.

DIAGNOSTIC. — Double salpingite chronique et périsalpingite. Tumeur gauche sur la nature de laquelle on demeure hésitant.

Laparotomie, le 3 novembre. — La main introduite dans le ventre trouve à gauche une tumeur formée de deux parties : une supérieure, sphérique, à parois minces et très fluctuante ; l'autre formant la base sur laquelle repose la première et qui est solide. La ponction avec aspiration donne $\frac{1}{5}$ de litre de liquide séreux ; la poche s'affaisse ; une pince est mise sur l'ouverture ; les annexes sont attirées au dehors, liées et enlevées, après qu'on a détaché des adhérences intestinales résistantes qui les retenaient en bas. On constate alors que le kyste séreux est un kyste du ligament large dont la partie profonde plonge dans le ligament et forme un diverticulum. On essaie d'énucléer la poche interne, mais on y renonce à cause des difficultés extrêmes que cette manœuvre présente. A l'aide d'une anse de fil de soie passé à travers la poche et la paroi abdominale on *marsupialise* ce diverticule, de manière à conserver son ouverture béante à l'extrémité inférieure de l'incision abdominale. On passe de même à travers les couches profondes de la paroi abdominale les fils qui ont servi à lier le pédicule ovarien. On met une mèche de gaze iodoformée dans le diverticule du ligament large ; une autre mèche est placée en arrière dans la cavité abdominale.

Avant de faire ce dernier drainage, on libère les annexes droites que l'on lie et que l'on extrait.

EXAMEN DES PIÈCES. — L'ovaire gauche n'est plus formé que par un gros kyste hémorrhagique ; la trompe est saine et perméable. L'ovaire et la trompe étaient fixés à la partie inférieure et postérieure de la principale tumeur qui est formée par un kyste du ligament large.

Du côté droit, l'ovaire contient des kystes sanguins et un kyste séreux gros comme une noisette. Trompe moniliforme, perméable, dont le pavillon coiffe l'ovaire et y adhère. Paroi de la trompe un peu épaissie.

RÉSULTATS IMMÉDIATS. — Réunion par première intention sur la presque totalité de la plaie ; mais il reste une fistule du fait même du traitement, et qu'il faut soigner.

La malade a eu des pertes rouges qui ne coïncidaient pas avec l'époque de ses règles et quelques pertes blanches. Curettage le 16 décembre.

Tous les deux jours, puis tous les jours, on renouvelle dans le trajet fistuleux une mèche de gaze iodoformée qui est enfin supprimée tout à fait. Cautérisation au nitrate d'argent, fistule complètement fermée dans les premiers jours de janvier.

Dix jours après son opération, la malade accuse des picotements et un peu de sensibilité du côté des seins. Ceux-ci sont tuméfiés et douloureux à la pression ; la coloration de l'auréole n'est pas plus foncée. En même temps que ces signes du côté des glandes mammaires, la malade se plaint de céphalalgie et de nausées qui durent deux jours. Pas d'élévation de la température, pas d'insomnie ; état général bon. La malade est seulement énervée.

A la pression des seins, on en fait sourdre d'abord pendant deux jours un liquide un peu louche, visqueux et collant, qui semble avoir tous les caractères du colostrum ; puis, pendant huit jours, une véritable sécrétion lactée s'établit. La malade presse elle-même sur ses seins, pour se soulager, lorsqu'elle souffre trop ; elle en fait jaillir chaque fois un véritable jet de lait. Cela dure ainsi pendant une semaine ; puis, la pression ne peut plus faire sourdre du mamelon qu'un liquide incolore, analogue à celui du début, mais moins visqueux et collant. L'examen histologique de ce liquide n'a pas été fait.

A la palpation, on constatait outre le gonflement des seins un peu d'engorgement ganglionnaire le long du bord inférieur du grand pectoral. Des deux côtés cet engorgement existait, mais plus marqué du côté droit. En somme, ces phénomènes ont duré environ 15 jours, puis ont complètement disparu.

RÉSULTATS ÉLOIGNÉS. — Le 23 avril 1892, nous avons revu cette femme. Elle n'a plus souffert depuis son opération. Tous les mois, elle perd régulièrement pendant une journée la valeur d'une ou deux cuillerées de sang. Plus de pertes blanches.

Pas de bouffées de chaleur, pas de maux de tête, palpitations, lorsqu'elle se fatigue un peu.

Cette femme nous déclare qu'elle se porte beaucoup mieux qu'avant d'être opérée. Sa santé est parfaite. Elle n'a plus de migraines comme avant l'intervention chirurgicale et aucune douleur dans le ventre.

Appétence génitale non diminuée.

Un fait intéressant à noter, chez elle, c'est que, tous les mois, elle constate au moment de ses règles une légère poussée de lait du côté de ses seins, qui dure 2 ou 3 jours, puis disparaît. Les mêmes phénomènes que ceux que nous avons signalés plus haut se reproduisent ainsi périodiquement, mais beaucoup moindres.

CONCLUSIONS

I. — Pour les *ovarites chroniques*, les résultats éloignés de l'ablation des annexes sont satisfaisants, mais non pas absolument parfaits. Dans tous les cas, les malades très soulagées, quand elles ne sont pas tout à fait guéries, peuvent reprendre leur existence habituelle, au besoin travailler et gagner leur vie ; elles se trouvent mieux après qu'avant l'opération.

Pour ces mêmes lésions, l'ablation des annexes qui sont seules malades doit se faire par la laparotomie :

1° Parce que celle-ci seule permet de constater *de visu* si indubitablement les annexes sont malades et doivent être enlevées.

2° Parce qu'elle rend possible la conservation d'organes incomplètement dégénérés, en permettant sur eux une intervention suffisante, soit résection d'une portion d'ovaire malade, soit simple ignipuncture (thèse de Delaunay, 1893. *Opérations partielles pratiquées sur l'ovaire*).

3° Parce qu'il n'est pas encore démontré que, même dans les cas de lésions ovariennes bilatérales manifestes et de douleurs excessives, l'hystérectomie ait donné de meilleurs résultats.

II. — Pour les *lésions suppurées et parenchymateuses* des annexes, les résultats éloignés obtenus par la laparotomie sont presque parfaits.

Les douleurs ont disparu, ou bien sont insignifiantes.

Les métrorrhagies régulières ou irrégulières qui persistent ou apparaissent après l'opération, sont fréquentes, très souvent salutaires, jamais inquiétantes, toujours facilement modérées.

L'éventration par la cicatrice abdominale est tout à fait exceptionnelle et dépend avant tout de la technique observée dans la suture.

Dans l'immense majorité des cas, les femmes ainsi opérées peuvent reprendre rapidement leur travail et le continuer sans souffrir.

Pour ces lésions, la laparotomie doit être le procédé de choix, l'hystérectomie celui d'exception :

1° Parce que, par la voie abdominale, on s'assure avant d'agir radicalement non seulement de la réalité mais de la bilatéralité des lésions.

2° Parce qu'il est préférable d'enlever complètement les organes malades et qu'un examen et un interrogatoire attentifs permettent de déterminer avec une certitude suffisante les cas où il sera possible de décortiquer des tumeurs même très adhérentes.

3° Parce que certaines adhérences, en particulier celles à l'intestin, rendent l'hystérectomie extrêmement grave.

4° Parce que l'utérus, même dépourvu de ses annexes, n'est pas inutile, pour la solidité du plancher pelvien et

que l'exhalation sanguine dont il continue souvent à être le siège paraît avoir un effet salutaire.

L'hystérectomie n'est indiquée que dans les cas où le petit bassin tout entier est cloisonné d'adhérences qui immobilisent depuis longtemps tous les organes et rendent impossible ou par trop dangereuse la décortication des poches purulentes ; elle est indiquée également quand la laparotomie par exception a échoué antérieurement.

Justifiable, quand les lésions sont *certainement* bilatérale, elle est condamnable quand les annexes ne sont malades que d'un côté.

III. — Dans presque tous les cas d'ablation bilatérale des annexes utérines, quelles que soient leurs lésions, on constate des troubles généraux (bouffées de chaleur, phénomènes congestifs divers, dyspepsie, etc...), qui incommode fort les malades et qu'il importe de traiter. On observe de plus des phénomènes psychiques particuliers (bizarreries de caractère, hypocondrie, perte de la mémoire, etc.).

Tous ces troubles, plus intenses que ceux de la ménopause ordinaire semblent s'amender à la longue, comme si l'équilibre d'abord rompu dans l'organisme tendait à se rétablir.

Les malades sont unanimes à affirmer que l'ablation de leurs annexes par la laparotomie ou bien les a guéries radicalement ou bien a amélioré leur état général d'une façon notable.

Il n'y a aucune raison théorique et aucune observation

de longue durée qui permette de penser que les femmes, à qui on a enlevé l'utérus seul ou l'utérus et les annexes par le vagin, soient exemptes des inconvénients qui suivent la simple ablation des annexes par la laparotomie.

Accepté :
Le Président de la thèse,
F. TERRIER.

Vu :
Le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Atlee.** — Menstruation par le pédicule après une ovariectomie. *American journal med. sc.* Philadelphia, 1877.
- Bailly.** — *Traitement sur les ovariectomisées. Considérations physiologiques sur la castration de la femme.* Thèse de Paris, 1871.
- Bamberger.** — Ovariectomie dans un cas d'hémianesthésie hystérique. In-8°, Berlin.
- Barsony.** — Ovariectomie pendant la grossesse. *Centr. für Gynæk.*, 1887.
- Barwell.** — Suite anormale d'une ovariectomie. *British medical journal*, 1885.
— Un cas de folie après ovariectomie. *Med. Times*, mars 1885.
- Berthod.** — Ovariectomie chez une femme de 65 ans. *Gaz. Méd. de Paris*, 27 février 1886.
- Bertram.** — Résultats immédiats et éloignés de huit laparotomies avec ablation d'ovaires. *Berliner klinische Wochenschrift*, 1883.
- Bixby.** — Un cas de grossesse après ovariectomie. *Boston méd. and surg. journal*, 1878.
- Boldt.** — Dix observations de névroses cardiaques liées à l'existence d'affections ovariennes, disparues après l'ablation des annexes. *American journ. of obstetric*, août 1886.
- Bouilly.** — Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes. *Congrès français de chirurgie*, 1891.
- Bourguelde.** — *Dégénérescence cancéreuse consécutive à l'ovariectomie.* Thèse de Paris, 1884.
- Bouteiller.** — Kyste de l'ovaire. Grossesse. Ovariectomie. *Progrès médical*, octobre 1887.
- Britan.** — Ovariectomie chez les femmes enceintes. *Vratch*, n° 1, 1885.
- Broditz.** — *L'action de la castration sur l'organisme féminin.* In-8°, Tubingue, 1890.
- Cane.** — Un cas d'inertie utérine attribuée par l'auteur aux suites éloignées d'une ovariectomie unilatérale. *The Lancet*, 1890.

- Cauchois.** — Suites de l'ovariotomie pendant la grossesse. *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1885.
- Cerné.** — Ovariectomie pendant la grossesse pour kyste dermoïde de l'ovaire. Suites éloignées. *Normandie médicale*, déc. 1892.
- Chiarleoni.** — Hystérie et castration. *Congrès de Paris*, oct. 1887.
- Cotterel.** — Double ovariectomie pendant la grossesse. *Lancet*, oct. 1892.
- Couperie.** — *Des complications splanchniques qui peuvent survenir à la suite de l'ovariotomie et de leur traitement*. Th. de Bordeaux, 1887.
- Cushing.** — Mélancolie et masturbation ; ablation des deux ovaires. *Journal of american méd. association*, avril 1887.
- Debove.** — Hystérie développée chez une femme ovariectomisée. *Bull. de la Soc. des hôpitaux de Paris*, nov. 1892.
- Denis.** — *Aliénation consécutive aux opérations chirurgicales*. Th. Montpellier 1889.
- Dent.** — Folie consécutive aux opérations chirurgicales. *Journ. of mental sciences*, avril 1889.
- Dick.** — Un cas d'échec à peu près complet de la castration. *Corresp. Blatt. für Schweizer aerzte*, fév. 1887.
- Dolérès.** — Trop de mutilations inutiles ; pas assez de gynécologie conservatrice. *Nouv. archives d'obstétrique*, 1891.
- Dsirne.** — Des suites de l'ovariotomie pendant la grossesse. *Archiv. für Gynæk*, 1892.
- Duplay.** — Suites de l'ablation des ovaires pour fibro-myomes. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1885.
- Ovaires supplémentaires ; leur rôle dans la persistance des règles chez les ovariectomisées. *Bull. de la Soc. de chirurgie*, 1885.
- Engelman.** — Menstruation après double ovariectomie. *Americ. Journal of méd. sciences*, 1882.
- Engstrom.** — Sept ovariectomies chez des femmes enceintes. *Annales de gynéc. et d'obstétrique*, nov. 1890.
- Fillebrown.** — Des troubles mentaux consécutifs aux opérations en chirurgie. *American journal of obstetrics*, janvier 1889.
- Gaillard-Thomas.** — De la manie aiguë et de la mélancolie consécutives aux opérations gynécologiques. *Medical News*, avril 1889.
- Gardner.** — Ovariectomie chez une phthisique enceinte de quatre mois. *Med. chir. Soc. of Montreal*, déc. 1886.
- Goodell.** — Persistance de la menstruation après double ovariectomie. *Virginia med. Month*, 1889.
- Gottschalk.** — Anosmie après castration bilatérale. *Deuts. med. Woch.*, 1891.

- Goullioud.** — Suites éloignées des ablations d'annexes pour salpingo-ovarites. *Lyon. médical*, nov. 1892.
- Grammatikati.** — Douleurs ovariennes après l'hystérectomie. *Centralblatt für Gynæk*, février 1889.
- Phénomènes critiques observés chez les femmes à la suite de l'ablation des parties distinctes de l'appareil génital. *Vratch* 1891.
- Greve.** — *De la castration chez la femme*. In-8°, Berlin, 1882.
- Harding.** — Grossesse après l'ovariotomie. *The Lancet* 1880.
- Hartmann** (Henri). — Remarques cliniques, anatomiques et opératoires à propos de 59 cas consécutifs de laparotomies pour lésions suppurées péri-utérines. Suites immédiates et éloignées de l'opération. *Annales de gynécologie et d'obst.*, mai 1893.
- Hegar.** — 32 suites éloignées de l'ablation des annexes. *Archiv. für Gynæk*, 1886.
- Douleurs produites par des adhérences épiploïques consécutives à l'ovariotomie. *Berlin Klin. Woch*, déc. 1887.
- Helmuth.** — Dilatation aiguë de l'estomac après l'ovariotomie. *Amer. journ. of obstetric*, 1887.
- Heydenreich.** — La castration chez la femme. *Semaine médicale*, décembre 1886.
- Homans** (J.). — Résultats de 25 ovariectomies opérées de nov. 1879 à nov. 1880. *Boston Méd. and Surgery*, journal, 1881.
- Jalland.** — Parotidite unilatérale consécutive à une ovariectomie double. *The Lancet*, 1896.
- Keppler.** — De la vie génitale des femmes après la castration. *Congrès de Berlin*; in supplément *Centralblatt für Gynæk*, 1890.
- Lacaze.** — *Suites et résultats de l'ablation dans l'inflammation des annexes*. Thèse Bordeaux, 1891.
- Lawson-Tait.** — Suites éloignées de résection des annexes de l'utérus pour un cas d'hémorrhagie rebelle consécutive à un myome. *Med. Times and gazette*, 1881.
- Résultat de l'extirpation unilatérale des annexes utérines. *Americ. journal of obstetrico*.
- Résultats éloignés de l'ablation des annexes utérines. *Annales de Gynéc.*, avril 1891.
- Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes. *S. Congrès français de chirurgie*.
- Lebec.** — Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus. *Arch. générales de médecine*, juin et juillet 1882.
- Leszynski.** — Folie et ovariectomie. *N. York Med. journ.*, juin 1887.

- Lusk.** — Résultats tardifs de l'ablation des ovaires et des trompes. *Amer. journ. of obstetrics*, nov. 1891.
- Mandach (Von).** Persistance de la menstruation chez une tuberculeuse ovariectomisée. *Correspondenz-Blatt f. schweiz aerzte*, février 1884.
- Martin.** — Un cas de grossesse après extirpation partielle des ovaires. *Berliner klinische Wochenschrift*, août 1888.
- Menzel.** — Suites éloignées de l'extirpation des organes génitaux chez la femme. *Archiv. für Gynæk.*
- Michaux.** — Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes. 5^e Congrès français de Chirurgie.
- Müller.** — Suites éloignées de onze ablations des annexes de l'utérus. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, 1885.
- Munde.** — Trois ovariectomies pour tumeurs de l'ovaire coïncidant avec la grossesse. *N. York med. journ.*, août 1887.
- Panas.** — Dégénérescence cancéreuse consécutive à une ovariectomie. *Soc. de Chirurgie*, juin 1874.
- Pascal.** — La ménopause prématurée par la castration ovarienne. *Th. Bordeaux*, 1887.
- Péan.** — Parallèle de la castration utérine et de la castration tubo-ovarienne. *Gaz. des hôpitaux*, janvier 1889.
- Peeples.** — Tubo-ovariectomie au sixième mois de la grossesse. *N. York med. journ.*, juillet 1893.
- Peretti.** — Traitement gynécologique chez les aliénées. *Berlin. Klin. Woch.*, mars et juin 1883.
- Pichevin.** — Des abus de la castration chez la femme. *Th. Paris*, 1889.
- Playfer.** — De l'influence des opérations sur les phénomènes nerveux liés à des affections utéro-ovariennes. *The Lancet*, 1881.
- Polaillon.** — Folie consécutive à une opération gynécologique. *Union méd.*, oct. 1889.
- Ovariectomie au 3^e mois de la grossesse. *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1892.
- Pozzi.** — *Traité de gynécologie*, 2^e édition, 1892.
- *Leçons de gynécologie*, (à paraître prochainement).
- Traitement des suppurations pelviennes. *Bull. et mém. Soc. de chir.*, séance du 9 juillet 1890, p. 518.
- *Revue de chirurgie*, août 1891.
- Prewitt.** — Persistance des règles par le pédicule. *Americ. journal med. sc.*, Philadelphia, 1876.

- Raymond.** — Hémoptysies périodiques à la suite de l'ablation des ovaires. *Gaz. des hôp.*, oct. 1890.
- Richelot.** — Résultats éloignés de l'ablation des annexes. *Ann. gynécol.*, avril 1891.
- Roberston.** — Règles et grossesse après l'ablation des deux ovaires. *British med. journ.*, sept. 1890.
- Routier.** — Castration unilatérale chez la femme, sa valeur. *Méd. moderne*, avril 1891.
- Schauta.** — Rapport sur les indications, la technique et les résultats des opérations sur les annexes. *Ann. de gynéc. et d'obst.* 1893.
- Schræder.** — *Parotidite après ovariotomie.* In-8°, Greiswald, 1888.
- Segond.** — Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes, 5^e *Congrès français de chirurgie.*
- Shepherd.** — Délire consécutif aux opérations chirurgicales. *Amer. journ. of the med. sciences*, déc. 1888.
- Smith.** — Ovariotomie chez une aliénée. — *Journal of mental sciences*, juillet 1886.
- Ovariotomie chez une femme de 78 ans 1/2. *The Lancet*, déc. 1892.
- Taylor.** — Suites d'une ovariotomie. *Edinb. med. journ.*, nov. 1890.
- Terrier.** — Suites éloignées de l'ovariotomie. *Revue de chirurgie*, janv. 1885.
- Remarques cliniques à propos de l'influence des ováriotomies doubles sur la menstruation. *Revue de chirurgie*, déc. 1885.
- Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes. 5^e *Congrès français de chirurgie.*
- Remarques cliniques, anatomiques et opératoires à propos de 59 cas consécutifs de la laparotomie pour lésions suppurées péri-utérines. Suites immédiates et éloignées de l'opération. *Ann. de gyn. et d'obst.*, mai 1893.
- Terrillon.** — Troubles de la menstruation après l'ovariotomie. *Annales de gynécologie*, sept. 1882.
- Terrillon.** — Résultats immédiats et éloignés de 50 ovaro-salpingites par laparotomie. *Revue chirurgie*, déc. 89.
- *Salpingites et ovarites.* In-8°, Paris, 1890.
- Résultats éloignés de l'ablation des annexes de l'utérus dans les affections non néoplasiques de ces organes. 5^e *Congrès français de chirurgie.*
- Tissier.** — *De la castration de la femme en chirurgie.* Th. de Paris, 1885.

- Unruh.** — *De la castration unilatérale chez la femme.* In-8°, Greisswald, 1878.
- Veer (Van der).** — Affections gynécologiques et grossesse. *Journ. of americ. med. Assoc.*, oct. 1889.
- Wells (Spencer).** — Ch. XVI du *traité des tumeurs de l'ovaire et de l'utérus*, trad. du Dr Rodet, 1883.
- Wetherell.** — Conception après ovariectomie. *The Lancet*, avril 1883.
- Wiedon.** — Résultats éloignés de la castration pour fibromes. *Archiv. für Gynæk.*, 1886.
- 49 cas de castration suivis pendant plus d'un an. Congrès de Copenhague. *Centr. für Gynæk.*, sept. 1884.
- Zeiss.** — Suites éloignées de salpingite suppurée. *Centralblatt für Gynæk.*, 1883.
-

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, St-Dizier. 30, passage Verdeau, Paris.
